

VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA
EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA VEŘEJNÉ EKONOMIKY

Komparace programů zabezpečení v nemoci ve vybraných zemích EU
Comparasion of Programs of Security against Sickness in Selected EU Countries

Student: Bc. Kristýna Poledňáková

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Mgr. Hana Fachinelli, Ph.D

Ostrava 2010

VŠB - Technická univerzita Ostrava
Ekonomická fakulta
Katedra veřejné ekonomiky

Zadání diplomové práce

Student: **Bc. Kristýna Poledňáková**
Studijní program: N6202 Hospodářská politika a správa
Studijní obor: 6202T055 Veřejná ekonomika a správa
Specializace: 00 Veřejná ekonomika a správa
Téma: Komparace programů zabezpečení v nemoci ve vybraných zemích EU
Comparison of Programs of Security against Sickness in Selected EU Countries

Zásady pro vypracování:

1. Úvod
2. Přístupy ke konstrukci programů zabezpečení v nemoci
3. Komparace programů zabezpečení v nemoci v České republice, Slovenské republice a Itálii
4. Zhodnocení přístupů vybraných zemí a doporučení k další strategii ČR v této oblasti
5. Závěr

Seznam použité literatury

Seznam zkratk

Prohlášení o využití výsledků diplomové práce

Přílohy

Seznam doporučené odborné literatury:

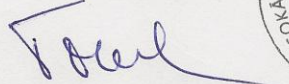
- KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. Praha: ASPI, 2007. 503 s. ISBN 978-80-7357-276-1.
GALASSO, V. *The political future of social security in aging societies*. United states: Mit Press LTD, 2008. 280 s. ISBN 978-0-262-57246-0.
RIEVAJOVÁ, E. *Sociálne zabezpečenie*. Bratislava: Ekonóm, 2008. 234 s. ISBN 978-80-225-2545-9.

Formální náležitosti a rozsah diplomové práce stanoví pokyny pro vypracování zveřejněné na webových stránkách fakulty.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr.Mgr. Hana Fachinelli, Ph.D.**

Datum zadání: 20.11.2009

Datum odevzdání: 30.04.2010



doc. Ing. Petr Tománek, CSc.
vedoucí katedry



prof. Dr. Ing. Dana Dluhošová
děkanka fakulty

„Místopřísežně prohlašuji, že jsem celou diplomovou práci včetně všech příloh vypracovala samostatně. Přílohu č. 2 jsem samostatně doplnila.“

V Ostravě dne 30. 4. 2010

.....
Bc. Kristýna Poledňáková

OBSAH

1	ÚVOD	1
2	PŘÍSTUPY KE KONSTRUKCI PROGRAMŮ ZABEZPEČENÍ V NEMOCI	3
2.1	SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ V ČLENSKÝCH STÁTECH EU	4
2.1.1	<i>Koordinace sociálního zabezpečení</i>	<i>4</i>
2.1.2	<i>cíle a funkce sociálního zabezpečení</i>	<i>5</i>
2.1.3	<i>Financování sociálního zabezpečení</i>	<i>6</i>
2.2	ZABEZPEČENÍ V NEMOCI A ZABEZPEČENÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V EU	8
2.2.1	<i>Podmínky nároku, délka poskytování a výše dávky v nemoci</i>	<i>9</i>
2.2.2	<i>Platba dávky nebo mzdy v nemoci zaměstnavatelem</i>	<i>10</i>
2.2.3	<i>Peněžité dávky v mateřství</i>	<i>10</i>
2.2.4	<i>Peněžité dávky v otcovství</i>	<i>11</i>
2.2.5	<i>Peněžité dávky při ošetřování člena rodiny</i>	<i>12</i>
2.2.6	<i>Trendy ve vztahu k poskytovaným dávkám</i>	<i>12</i>
2.2.7	<i>Systémy zdravotního pojištění</i>	<i>13</i>
3	KOMPARACE PROGRAMŮ ZABEZPEČENÍ V NEMOCI V ČESKÉ REPUBLICE, SLOVENSKÉ REPUBLICE A ITÁLII	15
3.1	ZABEZPEČENÍ V NEMOCI V ČESKÉ REPUBLICE	16
3.1.1	<i>Nemocenské pojištění</i>	<i>16</i>
3.1.1.1	<i>Nemocenské</i>	<i>20</i>
3.1.1.2	<i>Ošetřovné</i>	<i>22</i>
3.1.1.3	<i>Peněžitá pomoc v mateřství</i>	<i>24</i>
3.1.1.4	<i>Vyrovňovací příspěvek v mateřství a těhotenství</i>	<i>26</i>
3.1.2	<i>Veřejné zdravotní pojištění</i>	<i>27</i>
3.2	ZABEZPEČENÍ V NEMOCI VE SLOVENSKÉ REPUBLICE	28
3.2.1	<i>Nemocenské pojištění</i>	<i>29</i>
3.2.1.1	<i>Nemocenské</i>	<i>31</i>
3.2.1.2	<i>Ošetřovné</i>	<i>33</i>
3.2.1.3	<i>Mateřské</i>	<i>34</i>
3.2.1.4	<i>Vyrovňovací dávka</i>	<i>36</i>
3.2.2	<i>Veřejné zdravotní pojištění</i>	<i>37</i>

3.3	ZABEZPEČENÍ V NEMOCI V ITÁLII	38
3.3.1	<i>Nemocenské pojištění</i>	40
3.3.1.1	Nemocenské.....	41
3.3.1.2	Dávky v mateřství, otcovství a rodičovská péče.....	42
3.3.1.3	Dávky v případě tuberkulózy.....	44
3.3.1.4	Dávky v invaliditě.....	44
3.3.2	<i>Zdravotní pojištění</i>	45
3.4	KOMPARACE VYBRANÝCH ZEMÍ	45
4	ZHODNOCENÍ PŘÍSTUPŮ VYBRANÝCH ZEMÍ A DOPORUČENÍ K DALŠÍ STRATEGII ČR V TÉTO OBLASTI	49
5	ZÁVĚR.....	53
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	55
	SEZNAM ZKRATEK	
	PROHLÁŠENÍ O VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ DIPLOMOVÉ PRÁCE	
	PŘÍLOHY	

1 ÚVOD

Zabezpečení v nemoci je součástí sociálního zabezpečení.

Ve světě je pojem sociální zabezpečení často interpretován velmi odlišnými způsoby. Může se lišit charakterem, formou, cíli, náplní či vymezením okruhu sociálních událostí.

Zatímco v užším pojetí se omezuje např. na důchodové zabezpečení a sociální služby, v širším pojetí je do něho možné zahrnout péči o zdraví, zabezpečení matek v těhotenství a mateřství či zabezpečení v invaliditě.

Vývoj zabezpečení v nemoci, je ovlivňován řadou vnějších faktorů, jako je např. politická situace, hospodářský vývoj (vývoj HDP, inflace, nezaměstnanosti) a demografický vývoj. Tyto faktory významně ovlivňují financování systému a jeho stabilitu. Mají konkrétně vliv na výši příspěvků odváděných do systému, dobu pojištění nebo na výši vyplácených dávek.

Cílem diplomové práce je analyzovat přístupy vybraných zemí k programům zabezpečení v nemoci, provést komparaci a následně pomocí celkového zhodnocení doporučit České republice další strategii v této oblasti.

Diplomová práce je založena na hypotéze: „systém zabezpečení v nemoci v České republice je, s nepatrnými odchylkami, srovnatelný se systémem na Slovensku, avšak výrazně odlišný od Itálie.“

K ověření stanovené hypotézy budou využity metody popisu, analýzy a komparace.

První část diplomové práce se bude mimo jiné zabývat i charakteristickými znaky systému sociálního zabezpečení. Budou popsány modely sociální politiky a následně bude kapitola zaměřena na koordinaci, cíle, funkce a financování sociálního zabezpečení v členských státech Evropské unie. Podkapitola zabezpečení v nemoci a zabezpečení zdravotní péče v Evropské unii rozebere jednotlivé dávky typické pro danou oblast i chod systému zdravotního pojištění.

Další kapitola, objemně největší, bude věnována analýze programů zabezpečení v nemoci zvlášť pro případ České republiky, Slovenska i Itálie. Rozbor jednotlivých systémů se bude týkat především nemocenského pojištění, jehož dávky budou podrobeny analýze. U každé z těchto dávek budou vysvětleny nároky pro poskytování, doby výplaty a výše. V konečné fázi bude vytvořena tabulka, kde se promítnou celkové výdaje vynaložené

na dávku ze systému sociálního zabezpečení. Ty budou, v rámci srovnání s průměrnou mzdou, přepočteny na jednoho obyvatele i procentní podíl na HDP, který se zobrazí v samotné komparaci. Veškeré údaje budou uvedeny v rozmezí od roku 2006 do roku 2009. Nakonec budou objasněny důvody navýšení či poklesu parametrů, které byly vybrány pro srovnání.

Odlišnosti, patrné již při samotném popisu, se objeví v komparaci, která bude také součástí této kapitoly. Pro každou dávku bude opět vytvořena tabulka s veškerými podstatnými údaji. Ty se budou týkat nároků pro poskytování, délky výplaty, karenční doby či výdajů.

Poslední kapitola bude obsahovat celkové zhodnocení přístupů vybraných zemí k systému zabezpečení v nemoci a doporučení postupu k další strategii České republiky v této oblasti.

Pro vypracování diplomové práce byly vybrány zdroje, které obsahují jak informace o sociálním zabezpečení, tak i o zabezpečení v nemoci. Pro každý ze tří vybraných států byla vybrána literatura, jejíž obsah bude aktualizován pomocí příslušných internetových stránek.

2 PŘÍSTUPY KE KONSTRUKCI PROGRAMŮ ZABEZPEČENÍ V NEMOCI

Zabezpečení v nemoci je odvětvím velmi rozsáhlé oblasti zvané sociální zabezpečení, které je v různých zemích různě definované, vzhledem k přijatému modelu sociální politiky. Typy těchto modelů jsou následující:

1. *Liberální model* – tento systém předpokládá především zodpovědnost občana za jeho rozhodnutí. Sociální politika i se svými nástroji je zaměřena nejvíce na občany s nízkými příjmy a dávky jsou minimální, adresné a testované. Soukromé systémy zabezpečení mají větší váhu než sociální pojištění. (např. USA, Kanada)
2. *Sociálně demokratický model* – tento systém je založen na vysokém zdanění populace, aktivní politice zaměstnanosti a štědré sociální politice. Základní dávky jsou poskytovány v jednotné výši a dávky, které překračují hranici, se pak odvozují od principu zásluhovosti. Zásahy státu jsou zde značné, přesto se najde místo i pro působení nestátních subjektů. (skandinávské země)
3. *Konzervativní model* – zaměření tohoto systému se orientuje nejvíce na osoby, které nejsou zaměstnány z důvodu nějakého zdravotního postižení, ztráty pracovního místa či odchodu do důchodu. Významnou roli zde má sociální pojištění a stát zasahuje až na posledním místě. (např. Německo, Rakousko)¹

Výše uvedené modely sociální politiky samy o sobě nemohou fungovat, a proto se v systémech jednotlivých států objevují i prvky typické pro modely jiné.

Sociální zabezpečení pokrývá následující sociální události:

- ztráta nebo nedostatek příjmů z výdělečné činnosti z důvodu nezaměstnanosti, ztráty pracovní způsobilosti, stáří;
- potřeba lékařské a další péče;
- zvýšené náklady v souvislosti s výchovou dětí;
- nedostatek prostředků k důstojné existenci a úmrtí živitele.

V nejširším slova smyslu lze tedy problematiku sociálního zabezpečení chápat jako stav úplné ochrany proti potencionálním rizikům, fungující na principu solidarity s cílem zajistit sociální spravedlnost prostřednictvím transferů příjmů a pomocí naturálních služeb a plnění.

¹ FACHINELLI, H. *Ekonomika sociálního zabezpečení*. Ostrava: VŠB – TUO, Ekonomická fakulta, 2006. 149 s. (studijní opora)

2.1 SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ V ČLENSKÝCH STÁTECH EU

Sociální zabezpečení je v členských státech Evropské unie postaveno na následujícím systému:

1. sociální pojištění;
 - důchodové pojištění;
 - nemocenské pojištění (dávky peněžité, dávky věcné);
 - úrazové pojištění;
 - pojištění v nezaměstnanosti a jiné pojištění.
2. státní dávky;
3. sociální pomoc;
4. připojištění.
 - penzijní;
 - zdravotní a jiné.²

V případě kumulace jednotlivých sociálních rizik se nejčastěji setkáváme s následujícími programy:

- zabezpečení ve stáří, invaliditě a úmrtí;
- zabezpečení v nemoci a zabezpečení zdravotní péče;
- zabezpečení rodin s dětmi;
- zabezpečení v nezaměstnanosti;
- zabezpečení ve stavu hmotné nouze.

Tyto programy se od sebe liší rozsahem, charakterem správy, způsobem financování a podmínkami poskytování dávek a služeb.

2.1.1 Koordinace sociálního zabezpečení

Koordinace sociálního zabezpečení je uskutečňována pomocí tří základních nařízení:

- nařízení č. 1408/71 EHS o aplikaci systémů sociálního zabezpečení na osoby zaměstnané, samostatně výdělečně činné a jejich rodinné příslušníky pohybující se v rámci Společenství;
- nařízení č. 574/72 EHS stanovující postup provádění nařízení č. 1408/71 EHS;

² CHVÁTALOVÁ, I. *Peněžité dávky v nemoci a v mateřství v Evropské unii*. Praha: LINDE s. r. o., 2003. 110 s. ISBN 80-86131-45-9.

- nařízení č. 859/2003 ES, kterým se rozšiřuje používání ustanovení nařízení č. 1408/71 EHS a č. 574/72 EHS.³

Tato nařízení jsou závazná pro členské státy Evropské unie (dále jen EU), i pro státy Evropského hospodářského prostoru a týkají se:

- dávek v nemoci a mateřství (včetně zdravotní péče);
- dávek při pracovních úrazech a nemocích z povolání;
- invalidních, starobních a pozůstalostních dávek;
- dávek pro případ úmrtí;
- dávek v nezaměstnanosti a rodinných dávek (především přídatku na dítě).

Nařízení se ale nevztahují např. na sociální péči, u které jsou buď testovány příjmy, nebo majetek. V tomto případě se tedy neváže přímo na zaměstnance jako takové a dávka je poskytována nezávisle na typu výdělečné činnosti. Výjimkou jsou tzv. „hybrid benefits“⁴. Další dávky, na které se nařízení nevztahuje, jsou dávky, které vyplývají z dohod uzavřených mezi zaměstnavateli a odbory. Jedná se např. o zaměstnanecká důchodová schémata, nebo schémata, která umožňují dávku při předčasném odchodu do důchodu.

Nařízení směřuje v souvislosti s volným pohybem osob po EU k řešení problémů jako je odstranění konfliktu práva (negativního i pozitivního), dále brání přímé i nepřímé diskriminaci, řeší problémy spojené se vznikem a trváním nároku na sociální dávky atd.

2.1.2 Cíle a funkce sociálního zabezpečení

Během života se lidé mohou nacházet v řadě sociálních událostí, které nejsou v mnoha případech schopni sami eliminovat. Úkolem státu je vytvořit systém, který by těmto událostem předcházel, zmírňoval jejich dopady, odstraňoval je a tím naplňoval sociální práva.

Podle Potůčka sociální zabezpečení představuje „soubor právních finančních a organizačních nástrojů a opatření, jejichž cílem je kompenzovat nepříznivé finanční a sociální důsledky různých životních okolností a událostí, ohrožujících uznaná sociální práva, nebo takovým životním situacím předcházet.“⁵

³ Stránky České správy sociálního zabezpečení [online], [cit. 2010-01-15]. Dostupné z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/evropska-unie/legislativa.htm>.

⁴ smíšené dávky

⁵ POTŮČEK, M. *Sociální politika*. 1 vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. 142 s. ISBN 80-85850-01. (str. 69)

Mezi základní cíl sociálního zabezpečení patří tedy podpora životní úrovně občanů, jakož i udržování jejich životního standardu.

Dalším cílem je pomoc občanům při sociální integraci, což představuje podporu pro ty, kteří se ocitli ve složité životní situaci a nemohou se z ní dostat vlastními silami. Význam tohoto cíle spočívá v obraně těchto osob před vyřazením ze společnosti.

Neméně významným cílem je i administrativní proveditelnost a efektivnost.

Funkce sociálního zabezpečení se dělí na ekonomické a sociální. Ekonomická funkce znamená intervence v oblasti alokace, distribuce a stabilizace ke splnění ekonomických cílů a sociální funkce spočívá v posílení sociální solidarity.⁶

2.1.3 Financování sociálního zabezpečení

Financování sociálního zabezpečení probíhá formou daní a příspěvků. Váha obojího se liší podle přijatého modelu sociálního státu.

V liberálním modelu sociálního státu se příspěvky vyskytují zřídka, jelikož jsou občané zabezpečeni buď soukromě, nebo formou individuální sociální pomoci.

Sociálně demokratický model je podobný liberálnímu, ale s vyšší mírou redistribuce a tím pádem i významnější roli daní.

Příspěvky nejvíce užívá konzervativní model sociálního státu, který je postaven na principu zásluhovosti, jež je uplatňován prostřednictvím sociálního pojištění.

Příspěvky jsou většinou konstruovány procentní sazbou z objemu výdělků a jejich systém financování je ve většině případů tripartitní, což znamená, že se na financování podílí ekonomicky aktivní obyvatelstvo, zaměstnavatelé a stát.

Zaměstnanci či osoby samostatně výdělečně činné se účastní na financování sociálního zabezpečení podle požadavků jednotlivých zemí. U zaměstnavatelů je účast brána buď jako výraz jejich solidarity, nebo jsou přímými nositeli spoluodpovědnosti za vznik sociální události. Stát se podílí na financování různými formami, mezi které spadá například poskytnutí pevné částky za určité období či financování náhradní doby pojištění apod.⁷

Základní metody financování jsou:

⁶ FACHINELLI, H. *Ekonomika sociálního zabezpečení*. Ostrava: VŠB – TUO, Ekonomická fakulta, 2006. 149 s. (studijní opora)

⁷ TROSTER, P. a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 4. vyd. Praha: C. H. Beck, 2008. 370 s. ISBN 978-80-7400-032-4.

- metoda průběžného financování;
- metoda kapitálového financování;
- metoda fiktivně definovaných příspěvků;
- metoda účetní rezervy.

Metoda průběžného financování je takový způsob financování, který neprovádí žádnou kapitalizaci. Výše příspěvků je koncipována tak, aby kryla výdaje na dávky. Příjmy vybrané z prostředků se v daném rozpočtovém období vyplácí na dávkách. Výhodou této metody financování je zejména stabilita systému, dále pak nízké náklady na zřízení a režii, možnost uplatnění redistribuce a eliminace rizika inflace. Vzhledem k tomu, že metoda je postavena na dlouhodobé rovnováze mezi těmi, kteří do systému přispívají a těmi, kteří z něho čerpají, tak jejími hlavními nevýhodami je demografické a politické riziko.

Kapitálový systém financování funguje na principu individuální kapitalizace, kdy má každý účastník svůj individuální účet, z kterého se vyplácí dávky až do vyčerpání kladného zůstatku.⁸ Výhodou je menší citlivost na demografický vývoj, než u průběžného financování i pozitivnější vliv na trh práce. Naopak hlavní nevýhoda se týká nízkopříjmových skupin obyvatelstva, které nejsou schopny si dostatečně spořit na stáří. Může dojít i ke znehodnocení inflací a celkově vyšším nákladům na provoz.

Novější je metoda fiktivně definovaných příspěvků, která kombinuje obě předešlé metody financování. Je založena na eliminaci negativních stránek těchto metod a podpoře stránek pozitivních.⁹

Metoda účetní rezervy je používána pouze některými zeměmi pro zajištění zaměstnaneckých a penzijních systémů.

Jak uvádí Fachinelli „hlavní techniky financování sociálního zabezpečení jsou pomoc a pojištění. Podle toho, zda jejich forma je přímá nebo vzájemná, je lze rozdělit na sociální pomoc s intervencí státu, vzájemnou pomoc, sociální pojištění s intervencí státu a vzájemné pojištění“¹⁰

Plány financování se dělí na dávkově orientované, příspěvkově orientované a kombinované. Konstrukce těchto plánů se od sebe liší podle způsobu stanovení výše dávek

⁸ FACHINELLI, H. *Ekonomika sociálního zabezpečení*. Ostrava: VŠB –TUO, Ekonomická fakulta, 2006. 149 s. (studijní opora)

⁹ TROSTER, P. a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 4. vyd. Praha: C. H. Beck, 2008. 370 s. ISBN 978-80-7400-032-4.

¹⁰ FACHINELLI, H. *Ekonomika sociálního zabezpečení*. Ostrava: VŠB –TUO, Ekonomická fakulta, 2006. 149 s. (studijní opora, str. 40)

v závislosti na zaplacených příspěvcích. Rozhodující je, zda je při konstrukci plánu závisle proměnnou dávka a nezávisle proměnnou příspěvek nebo je tomu naopak.¹¹

Dávky se pak dělí na obligatorní, které jsou poskytovány ze zákona, fakultativní, o kterých vždy rozhoduje správní orgán, peněžité a věcné.

2.2 ZABEZPEČENÍ V NEMOCI A ZABEZPEČENÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V EU

Podle definice Světové zdravotnické organizace: „zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody. Zdraví je fyzické (tělesné), psychické (duševní) a sociální prospívání (blaho).“¹²

Opakem je nemoc, což je porušení rovnováhy organismu, porušení části těla či funkční souhry orgánů nebo psychického prožívání. V takovém případě dochází k využívání programů zabezpečení v nemoci.

Pro financování zabezpečení v nemoci se používá:

1. sociální pojištění – financují zaměstnanci, zaměstnavatelé a stát;
2. státní zaopatření – financováno z všeobecných daní;
3. podnikové zaopatření – vztahuje se na částečnou či plnou úhradu zdravotní péče při nemocech z povolání a úrazech, případně na zabezpečení v nemoci a mateřství;
4. soukromé pojištění – je státem regulováno a v některých případech i podporováno.

Program zabezpečení v nemoci je spojován s peněžitými dávkami a tzv. věcnými dávkami (zejména zdravotní péčí). V některých zemích tyto dávky spadají do jednoho systému nemocenského pojištění (např. Rakousko, Německo) a jinde jsou rozděleny (např. Itálie, Irsko, Dánsko).¹³

Začlenění dávek v nemoci do systémů sociálního zabezpečení jednotlivých zemí vychází z historických souvislostí.

¹¹ FACHINELLI, H. *Ekonomika sociálního zabezpečení*. Ostrava: VŠB –TUO, Ekonomická fakulta, 2006. 149 s. (studijní opora)

¹² World Health Organization – Světová zdravotnická organizace (1946)

¹³ Pozn. většina států EU vytvořila v rámci sociálního zabezpečení samostatný systém zabezpečující osoby výdělečně činné pro případ pracovního úrazu nebo nemoci z povolání (např. Itálie, Irsko, Francie atd.) Další specifikum vlastní např. Švédsko, kde existuje samostatný systém dávek v mateřství.

2.2.1 Podmínky nároku, délka poskytování a výše dávky v nemoci

Základní podmínkou ve všech státech EU je předložení lékařského potvrzení o pracovní neschopnosti a to ve stanoveném termínu.

Ve většině států také platí podmínka čekací doby, kdy se dávka v nemoci vyplácí až po určitém počtu odpracovaných dní, případně hodin a někde se požaduje placení pojistného po určité období. V místech kde pro zaměstnance není stanovena čekací doba, je naopak podmíněna pro osoby samostatně výdělečně činné.

Mezi další nároky k poskytnutí dávky patří např.: zákaz souběžného pobírání sociálních dávek z jiného systému, dosažení určitých minimálních požadovaných příjmů před vznikem pracovní neschopnosti, dosažení na minimální věkovou hranici či nepřekročení důchodového věku.

Karenční doby¹⁴ jsou ve většině států upevněny v zákonech, kolektivních smlouvách nebo jiných právních předpisech.

Tato doba trvá u zaměstnanců obvykle tři dny, jen některé státy ji stanovují delší (např. Finsko stanovilo karenční dobu na 9 dní).¹⁵ V některých případech trvá dokonce jen jeden den a velmi zřídka dochází k tomu, že není stanovena vůbec.

U osob samostatně výdělečně činných se karenční doba pohybuje ve větším rozsahu než u zaměstnanců.

Právní předpisy stanovují případy, kdy jsou dávky poskytovány od prvního dne pracovní neschopnosti. Jedná se například o pracovní úrazy, nemoci z povolání, tuberkulózu (Itálie, Portugalsko), infekční choroby či nemoci ve stavu těhotenství a mateřství.

Podpůrčí doba, která představuje maximální dobu pobírání dávek, se pohybuje od 180 dní (Itálie)¹⁶ až do 1.095 dní (Portugalsko)¹⁷. V ostatních členských státech se podpůrčí doba stanovuje kolem jednoho roku, kdy je konkrétně vyjádřena počtem dnů, týdnů, či měsíců. Zcela výjimečně se můžeme setkat s neomezenou podpůrčí dobou. Ta je ale podmíněna například onemocněním tuberkulózou, či zaplacením pojistného v požadovaném množství.

¹⁴ Časový úsek od vzniku pracovní neschopnosti, kdy nemocné osoby nemají nárok na výplatu dávky.

¹⁵ Stránky Social Security Programs Throughout the World – Finland [online], [cit. 2010-01-15]. Dostupné z WWW: <http://www.socialsecurity.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2008-2009/europe/finland.html>.

¹⁶ Stránky Social Security Programs Throughout the World – Italy [online], [cit. 2010-01-15]. Dostupné z WWW: <http://www.socialsecurity.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2008-2009/europe/italy.html>.

¹⁷ Stránky Social Security Programs Throughout the World – Portugal [online], [cit. 2010-01-15]. Dostupné z WWW: <http://www.socialsecurity.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2008-2009/europe/portugal.html>.

V úvahu připadá i prodloužení limitu pro výplatu nemocenské a to v případě, že se očekává zlepšení zdravotního stavu, nebo pokud dojde takovému charakteru sociální události, která se týká nemoci jakožto pracovního úrazu nebo onemocnění chronického rázu.

U osob samostatně výdělečně činných jsou podpůrní doby kratší než u zaměstnanců.

Výše nemocenské se u zaměstnanců obvykle odvozuje od předcházejících příjmů, a to příslušnou procentní sazbou. Tato procentní sazba se mění v závislosti na délce pracovní neschopnosti a v některých státech se přihlíží i k jiným skutečnostem.¹⁸

V některých státech je sazba stanovena paušálně a jinde je kombinací sazby paušální i procentní (např. Finsko).

2.2.2 Platba dávky nebo mzdy v nemoci zaměstnavatelem

Jak již bylo zmíněno, nemocenské v členských státech vyplácí po většinu času příslušná sociální instituce. Zaměstnavatelé hrají roli buď plátce náhrady mzdy (ČR, Slovensko) nebo hradí rozdíl mezi mzdou a nemocenskou (např. v Itálii, Řecku). V některých případech, má zaměstnavatel dokonce povinnost vyplácet dávku a výjimečně neplatí nic (Irsko, Portugalsko).

Další zvláštností pro vyplácení dávek zaměstnavatelem je oddělení nemanuálních¹⁹ a manuálních zaměstnanců.²⁰

Například v Itálii, dostává kategorie nemanuálních zaměstnanců, po minimální dobu tři měsíců, nejprve mzdu od zaměstnavatele ve výši 100% a teprve poté následuje nemocenské.

2.2.3 Peněžitá dávky v mateřství

Nárok na peněžitou dávku v mateřství ve svých právních předpisech upevnily všechny členské státy a to jak pro zaměstnankyně, tak i pro podnikatelky. Některé země tyto dávky vyplácejí i všem ženám, které mají trvalý pobyt na jejich území.

Podmínky pro poskytnutí dávky, mají jednotlivé země většinou stanovené odlišně. Některé z nich však mají společné znaky, jako je např.: čekací doba, tedy doba minimální

¹⁸ Pozn. např. v Itálii se snižuje nemocenské při pobytu v nemocnici, pokud nejsou v rodině závislé osoby.

¹⁹ „white-collar employees“- tzv. bílé límečky

²⁰ CHVÁTALOVÁ, I. *Peněžitá dávky v nemoci a v mateřství v Evropské unii*. Praha: LINDE s. r. o., 2003. 110 s. ISBN 80-86131-45-9.

účasti na pojištění, doba výkonu zaměstnání či odpracování určitého počtu hodin za stanovené období.

Státy většinou požadují pro zaměstnankyně i osoby samostatně výdělečně činné stejnou či hodně podobnou dobu čekání a v případě některých států není tato doba vyžadována vůbec (např. Itálie, Rakousko)²¹

Mezi další podmínky některých zemí patří zákaz pobírání příjmů z výdělečné činnosti spolu s dávkou v mateřství či úplný zákaz výdělečné činnosti.

Peněžitá dávka v mateřství se vyplácí před porodem a po porodu, tedy v době mateřské dovolené. V převážné většině států jsou ženy povinny nastoupit na mateřskou dovolenou v čase, který si každý stát stanoví ve svých právních předpisech.²²

Dobu výplaty peněžité dávky státy stanovují v týdnech a někdy i v měsících.

Delší poskytování dávky je podmíněno narozením více dětí nebo při narození v pořadí dalšího dítěte. V právních předpisech nejsou opomenuty ani případy adopce či úmrtí dítěte.

Dávka se ve většině států určuje příslušnou procentní sazbou z příjmů v rozhodném období. Tato sazba je poskytována většinou ve stejné výši po celé období mateřské dovolené a pohybuje se od 50 až do 100%. Výjimku představuje paušální sazba, která se týká převážně podnikatelek a jen zřídka zaměstnankyň. Ženy, které vykonávají samostatně výdělečnou činnost, mají většinou nárok na dávku ve stejné procentní výši.

2.2.4 Peněžitá dávky v otcovství

Mezi zatím neobvyklé případy poskytování dávek spadá peněžitá dávka v otcovství.

Jejím smyslem je umožnit otci pobírat tzv. „otcovskou dovolenou“ a tím pádem se podílet na péči o narozené dítě. Členské státy (např. Francie, Dánsko), které tuto peněžitou dávku zakotvily, ji postavily na velmi podobném principu, na kterém funguje dávka v mateřství. Dávku sociálního pojištění, hrazenou z pojistného lze většinou čerpat brzy po porodu, v rozsahu několika dní.

Existují i zvláštní případy, uznávané některými státy (např. Itálie, Španělsko)²³, které umožňují pobírat dávku otcem, aniž by to souviselo s výše uvedenou situací. Dávka

²¹Stránky Evropské komise [online], [cit. 2010-01-20]. Dostupné z WWW: http://ec.europa.eu/employment_social/social_security_schemes/national_schemes_summaries/index_cs.htm.

²²CHVÁTALOVÁ, I. *Peněžitá dávky v nemoci a v mateřství v Evropské unii*. Praha: LINDE s. r. o., 2003. 110 s. ISBN 80-86131-45-9.

je přiznána v případě, kdy dojde k závažné a mimořádné rodinné situaci, jako je např. těžká nemoc matky či její úmrtí.

2.2.5 Peněžité dávky při ošetřování člena rodiny

Tato dávka bývá zařazena mezi dávky v nemoci, mateřství či dávky určené rodinám s dětmi.

Dávka je poskytována v případě nemoci dítěte do určitého věku, nebo v případě nutné péče o dítě ze stanovených důvodů. Dávka se nevztahuje na případ nemoci jiného člena rodiny.²⁴

Jednou z podmínek poskytování dávky je maximální rozhodný věk dítěte, do kterého zle dávku vyplácet. Ten se pohybuje v rozmezí od 10 do 16 let. Další podmínky jsou např. částečné či plné přerušování zaměstnání z důvodu ošetřování dítěte, účast ošetřujícího zaměstnance i dítěte v zákonném nemocenském pojištění či společná domácnost rodiče i dítěte. V některých státech nárok na dávku nevzniká, když v domácnosti žije další osoba, která by se o dítě mohla postarat.

Délka pobírání dávky se pohybuje cca od 2 do 90 dní, podle závažnosti onemocnění.

Výše dávky se ve většině případů odvozuje stanovenou procentní sazbou z předchozího příjmu.²⁵

2.2.6 Trendy ve vztahu k poskytovaným dávkám

Právní úprava dávek, týkajících se zabezpečení v nemoci, je v jednotlivých členských státech EU zcela samostatná a vychází z národních, ekonomických, historických či sociálních tradic. Jak je známo, v poslední době se prohlubují neodvratitelné problémy týkající se stárnutí populace, růstu výdajů na sociální dávky či zneužívání dávek. Na tyto problémy se státy snaží odpovědět formou úprav sociálního zabezpečení.

Zásadní trendy využívané v reformách:²⁶

²³ Stránky Evropské komise [online], [cit. 2010-01-20]. Dostupné z WWW: http://ec.europa.eu/employment_social/social_security_schemes/national_schemes_summaries/index_cs.htm.

²⁴ Pozn.: Některé státy předvídají i mimořádné poskytování dávky. Jedná se o situace, kdy např. rodiče požádají jinou osobu, aby o dítě pečovala (tato osoba potom pobírá dávku), dalším zvláštním případem je i hospitalizace dítěte, či převod dávky mezi rodiči.

²⁵ CHVÁTALOVÁ, I. *Peněžité dávky v nemoci a v mateřství v Evropské unii*. Praha: LINDE s. r. o., 2003. 110 s. ISBN 80-86131-45-9.

- financování, organizace a kontrola systémů sociálního zabezpečení;
- snížení nemocnosti;
- rovné postavení mužů a žen v souvislosti s výchovou dětí;
- elektronické přesouvání dat;
- postavení podnikatelů a zaměstnanců atd.

Konkrétně ve vztahu k dávkám v nemoci a mateřství se členské státy zaměřují na řešení následujících nedostatků a aspektů.

Pobírání dávek v nemoci se často stává prostředkem řešení nezaměstnanosti či potřeb zaměstnavatelů a zaměstnanců na úseku pracovních sil. Dávky mohou být zaměstnanci zneužívány, pokud chybí náležité kontrolní mechanismy, a jsou-li příliš vysoké, mohou působit demotivačně na návrat výdělečně činných osob do práce.

Délka mateřské dovolené byla/je v některých státech vnímána jako krátká, neumožňující ženám zajistit potřebný čas pro péči o narozené dítě. Muži mají nárok na finanční částky při péči o narozené dítě jen v několika členských státech (právní předpisy těchto států zakotvují tzv. otcovskou dovolenou a otcovskou dávku – viz. předchozí podkapitola).²⁷

Pro osoby samostatně výdělečně činné a zaměstnance sice platí ve většině členských států právní úprava podobná, ale vyskytují se přísnější podmínky nároku na dávku, kratší délka poskytování, nižší dávka, popřípadě jsou podnikatelé nebo vybrané kategorie z nároku vyloučeni.

Členské státy na naznačené aspekty v průběhu 90. let reagovaly přijetím novel, nových právních předpisů sociálního zabezpečení a dílčí změny probíhají i v současné době.

2.2.7 Systémy zdravotního pojištění

Vzhledem k tomu, že je zdravotnictví velmi citlivé téma, které se dotýká každého z nás, je zapotřebí abychom na tuhle problematiku začali nazírat s větší pragmatičností.

V případě potíží chce totiž každý z nás dostat co možná nejlepší péči, kterou zdravotnictví může nabídnout, ovšem převážná většina populace je zvyklá, že danou péči

²⁶ European Commission: Mutual Information System on Social Protection – info 01/2008: *Social Protection in The Member States of the European Union, of the European Economic Area and in Switzerland*. [online], [cit. 2010-01-20]. Dostupné z WWW: http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/missoc_en.htm.

²⁷ CHVÁTALOVÁ, I. *Peněžité dávky v nemoci a v mateřství v Evropské unii*. Praha: LINDE s. r. o., 2003. 110 s. ISBN 80-86131-45-9.

dostává bezplatně. S posunem doby však čím dál více rostou náklady na nové technologie, vybavení, budovy či platy a poskytovatelé tak požadují více peněz. Mezi poskytovateli a spotřebiteli stojí stát (resp. zdravotní pojišťovny), jež je tvůrcem systému zdravotnictví a v případě potřeby taktéž dodavatelem peněz do něj. Zdravotní pojišťovny vybírají peníze od pojištěnců a zároveň proplácují lékařskou péči zdravotnickým zařízením.

Jedním z nejvíce omílaných témat, je problematika financování zdravotní péče.²⁸

Mnoho států (Itálie, Německo, Francie, Španělsko, Švédsko atd.) v různých formách využívá testovaného klasifikačního systému DRG, který vychází z údajů o jednotlivých případech (o nemocných), které zařazuje do limitovaného počtu DRG skupin. Problémy se však objevují ve struktuře, která by měla být co nejpřehlednější a v počtu skupin, které by neměly být příliš velké. Jedná se o speciální počítačový program (tzv. grouper), který po zadání potřebných údajů automaticky zařadí nemocného do příslušné DRG skupiny. Systém nejenže tímhle způsobem dává dohromady souvislosti diagnózy nemocných a náklady na jejich léčbu, ale může sloužit i jako nástroj pro hodnocení nemocniční péče. V případě přímé úhrady lůžkovým zdravotnickým zařízením, lze také díky němu objektivněji srovnávat kvalitu zdravotní péče, její produkci a nákladovost. Výsledky lze pak porovnávat mezi jednotlivými zařízeními a provádět vyhodnocení, které může být využitelné ve financování nemocniční péče, plánování, tvorbě rozpočtu apod.²⁹

Výstupy a vyhodnocení systému DRG se dají využít na všech úrovních řízení zdravotnictví. Jedná se např. o management nemocnic, jejich zřizovatele, orgány státní správy, instituce s celostátní působností či odborné společnosti. Výsledky mohou být využity jak v případě samotných plátců zdravotní péče, tak i v projektu Národního referenčního rámce.³⁰

²⁸ Stránky BusinessInfo.cz – oficiální portál pro podnikání a export [online], [cit. 2010-01-20]. Dostupné z WWW: <http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/podnikatelske-prostredi/systemy-zdravotniho-pojisteni-ve/1000520/13637/>.

²⁹ Stránky Všeobecné zdravotní pojišťovny [online], [cit. 2010-01-20]. Dostupné z WWW: http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Uhrady/DRG/ArchivDRG/Clanek_ze_Zdravotnickych_novin/.

³⁰ Stránky Národního referenčního centra [online], [cit. 2010-01-20]. Dostupné z <http://www.nrc.cz/drg-pro-laiky>.

3 KOMPARACE PROGRAMŮ ZABEZPEČENÍ V NEMOCI V ČESKÉ REPUBLICE, SLOVENSKÉ REPUBLICE A ITÁLII

Systémy sociálního zabezpečení v evropských státech, se rozvíjely výrazně v období po druhé světové válce, kdy se teoretickým základem přetváření systémů sociálního zabezpečení stává teorie státu (sociálního) blahobytu. Prvním, kdo tuto teorii nejen uceleně formuloval pro podmínky konkrétního státu, ale pomohl ji i částečně uvést v život, byl anglický ekonom a politik Lord William Beveridge. Pokusil se vytvořit systém sociálního pojištění, který by zahrnoval všechna významná sociální rizika (stáří, invalidita, nezaměstnanost, dále státní zdravotní péče a chudinská péče).

Samotný historický vývoj byl všude ve světě různý. V prvotně pospolné společnosti existovala ochrana žen a dětí a na přelomu středověku a novověku byl zabezpečen zejména žoldněř, který dostával podíl na kořisti. V Anglii vznikla podpůrná tovaryšstva a postupem času, se vznikem průmyslové výroby, si stát uvědomoval svoji úlohu v sociálním zabezpečení. V Rakousku-Uhersku původně existovalo profesní zabezpečení pro úředníky, horníky a železničáře, avšak dnes je již systém všeobecný. Za naší první republiky byl zaveden relativně vyspělý systém: stát k obci a obec k rodině.³¹

Za nejvýznamnější osobnosti jsou považováni Otto Bismarck, jež v Evropě zavedl pojištění, dále William Beveridge, který v Anglii navrhl během druhé světové války jednotné penze a podporu v nezaměstnanosti a také Karel Engliš, který je tvůrcem teologické národohospodářské teorie.³²

V následující kapitole bude rozebrán systém zabezpečení v nemoci pro každou zemi zvlášť a nakonec dojde k porovnání těchto systémů mezi sebou. U každé země se budu podrobně, v rámci diplomové práce, zabývat nemocenským pojištěním a zejména jejich dávkami, přičemž vyhodnotím i výdaje na ně poskytnuté a porovnáím s průměrnou mzdou.

³¹ Stránky Ministerstva práce a sociálních věcí. Historie. [online]. 2009, [cit. 2010-02-15]. Dostupný na WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/535>.

³² Stránky Ministerstva práce a sociálních věcí. Historie. [online]. 2009, [duben 2009]. Dostupný na WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/535>.

3.1 ZABEZPEČENÍ V NEMOCI V ČESKÉ REPUBLICE

Zabezpečení v nemoci v ČR je založeno na dvou hlavních programech:

- nemocenské pojištění a
- veřejné zdravotní pojištění.³³

Nemocenské pojištění je společně i s důchodovým pojištěním a příspěvkem na státní politiku zaměstnanosti, součástí sociálního pojištění. To tvoří současně se státní sociální podporou, sociální pomocí a doplňkovým penzijním připojištěním celou kapitolu sociálního zabezpečení v ČR.³⁴ Podrobnější přehled dávek jednotlivých pilířů se nachází v příloze č. 1.

Úrazové pojištění prozatím nebylo zařazeno do systému sociálního pojištění. V současné době platí úprava odškodňování pracovních úrazů a nemocí z povolání, obsažená v zákoníku práce, která spočívá na principu náhrady škody a je prováděna dvěma pojišťovnami³⁵ na základě zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatelů za škodu.

3.1.1 Nemocenské pojištění

Systém nemocenského pojištění je určen pro výdělečně činné osoby, které v případech tzv. krátkodobých sociálních událostí zabezpečuje peněžitými dávkami nemocenského pojištění.³⁶

Od 1. ledna 2009 je nemocenské pojištění upraveno zákonem č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Jedná se o komplexní úpravu nemocenského pojištění, která pojímá okruh osob účastných nemocenského pojištění (tj. zaměstnanců, příslušníků ozbrojených sil a bezpečnostních sborů i osob samostatně výdělečně činných), jejich nároky, stanovení výše poskytovaných dávek a posuzování zdravotního stavu. Rovněž zahrnuje organizační uspořádání nemocenského pojištění, jakož i jeho řízení.³⁷

³³ FACHINELLI, H. *Ekonomika sociálního zabezpečení*. Ostrava: VŠB – TUO, Ekonomická fakulta, 2006. 149 s. (studijní opora)

³⁴ CHVÁTALOVÁ, I. *Peněžité dávky v nemoci a v mateřství v Evropské unii*. Praha: LINDE s. r. o., 2003. 110 s. ISBN 80-86131-45-9.

³⁵ Pozn. Česká pojišťovna a Kooperativa

³⁶ Stránky Ministerstva práce a sociálních věcí [online], [cit. 2010-02-15]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/7b>.

³⁷ Stránky Ministerstva práce a sociálních věcí [online], [cit. 2010-02-15]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/7b>.

Dne 1. 12. 2009 nabyl účinnosti zákon č. 302/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. Tímto zákonem se mění některé povinnosti ošetřujícího lékaře a zaměstnavatele a v návaznosti dochází ke změnám tiskopisů.³⁸

Pojistné na nemocenské pojištění je upraveno zákonem č. 589/1992 Sb.³⁹, o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

S přijetím zákona č. 362/2009 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s návrhem zákona o státním rozpočtu ČR na rok 2010, dochází v oblasti nemocenského pojištění ke změnám, které ovlivňují výši dávek. Přijatá opatření mají platit pouze pro rok 2010 a jejich cílem je snížení deficitu státního rozpočtu.⁴⁰

Financování nemocenského pojištění je založeno na metodě průběžného financování, které vyžaduje každoročně vyrovnanou finanční bilanci.

Ta závisí na:⁴¹

- příspěvkové sazbě,
- úrovni dávek a
- průměrném procentu pracovní neschopnosti.⁴²

V souladu s platnou úpravou náleží dávky zaměstnancům (kam řadíme i příslušníky ozbrojených sil a bezpečnostních sborů), osobám, které se účastní dobrovolně na pojištění a OSVČ.

Zatímco účast zaměstnanců v nemocenském pojištění je povinná, tak u osob samostatně výdělečně činných je účast dobrovolná a vzniká na základě podání přihlášky.

U zaměstnance vzniká povinnost účastnit se na nemocenském pojištění v případě, že splňuje podmínky stanovené zákonem.

Jedná se o následující tři základní podmínky, které se týkají:

³⁸ Stránky České správy sociálního zabezpečení [online], [cit. 2010-02-20]. Dostupné z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/Novy-zakon-o-nemocenskem-pojisteni/>.

³⁹ Stránky Businesscenter.cz [online], [cit. 2010-02-15]. Dostupné z WWW: <http://business.center.cz/hledej/?text=589%2F1992+Sb.&imageField.x=54&imageField.y=8>.

⁴⁰ Stránky Ministerstva práce a sociálních věcí [online], [cit. 2010-02-15]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/7b>.

⁴¹ FACHINELLI, H. *Ekonomika sociálního zabezpečení*. Ostrava: VŠB –TUO, Ekonomická fakulta, 2006. 149 s. (studijní opora)

⁴² součin průměrné doby trvání jednoho případu pracovní neschopnosti a podílu počtu případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných a počtu dní v kalendářním roce

- výkonu práce na území ČR v zaměstnání vykonávaném v pracovněprávním či pracovním vztahu, který může účast na nemocenském pojištění založit,
- rozsahu zaměstnání, který je určen minimálním počtem dnů (zaměstnání trvalo nebo mělo trvat alespoň 15 kalendářních dnů),
- minimální výše sjednaného příjmu (jedná se o tzv. rozhodný příjem, jehož hranice je stanovena na 2000 Kč a bude zvyšována podle vývoje průměrné mzdy).⁴³

Účast v nemocenském pojištění pro zaměstnance vzniká dnem nástupu do zaměstnání, které zakládá účast na nemocenském pojištění. Účast však nevzniká u zaměstnání, které bylo uzavřeno na základě dohody o provedení práce, nebo které má charakter nepravidelné výpomoci či nahodilého jednorázového zaměstnání.⁴⁴

Jestliže zaměstnanec vykonává několik zaměstnání, je povinen se účastnit nemocenského pojištění v každém z nich.⁴⁵

Zvláštními podmínkami se řídí účast zaměstnanců na nemocenském pojištění v případě, že se jedná o zaměstnání malého rozsahu. Tímto zaměstnáním se rozumí činnost, v níž jsou splněny podmínky výkonu zaměstnání na území ČR a délky trvání zaměstnání, ale není splněna podmínka sjednaného příjmu ve stanovené výši. Jedná se o situace, kdy je sjednaná částka započitatelného příjmu nižší než rozhodný příjem, anebo daný příjem nebyl sjednán vůbec. V takovém případě je tedy zaměstnanec pojištěn jen v těch kalendářních měsících, v nichž dosáhl alespoň příjmu v příslušné rozhodné výši.⁴⁶

U osob samostatně výdělečně činných není účast na nemocenském pojištění podmíněna její účastí na důchodovém pojištění. Tyto osoby se mohou účastnit na nemocenském pojištění bez ohledu na to, jestli platí zálohy na důchodové pojištění a příspěvky na státní politiku zaměstnanosti.⁴⁷ Účast na nemocenském pojištění je brána v úvahu i tehdy, pokud osoba samostatně výdělečně činná vykonává tuto činnost mimo území ČR, ale na základě oprávnění, jež vyplývají z právních zákonů ČR.

⁴³ Stránky České správy sociálního zabezpečení [online], [cit. 2010-02-20]. Dostupné z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/ucast-na-pojisteni/>.

⁴⁴ FACHINELLI, H. *Ekonomika sociálního zabezpečení*. Ostrava: VŠB – TUO, Ekonomická fakulta, 2006. 149 s. (studijní opora)

⁴⁵ Stránky České správy sociálního zabezpečení [online], [cit. 2010-02-20]. Dostupné z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/ucast-na-pojisteni/>.

⁴⁶ Stránky Ministerstva práce a sociálních věcí [online], [cit. 2010-02-20]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/7b>.

⁴⁷ CHVÁTALOVÁ, I. *Peněžité dávky v nemoci a v mateřství v Evropské unii*. Praha: LINDE s. r. o., 2003. 110 s. ISBN 80-86131-45-9.

Ze čtyř dávek nemocenského pojištění mají podnikatelé nárok pouze na dvě z nich. Jedná se o nemocenskou a peněžitou pomoc v mateřství. Podmínky nároku na dávky jsou však pro podnikatele stanoveny přísněji než pro zaměstnance, což jde vidět např. u dávky v mateřství. Délka poskytování dávky je u obou kategorií stejná, avšak výše a výpočet dávek se u podnikatelů odrážejí podle specifík, jež jsou spojeny se samostatnou výdělečnou činností.⁴⁸

Všechny dávky nemocenského pojištění vyplácí okresní správa sociálního zabezpečení.⁴⁹ a co se týče zdanění, tak dávky náležící ze systému nemocenského pojištění nepodléhají daňové povinnosti.

Sazba pojistného na nemocenské pojištění se pohybuje v následujících hodnotách:

- zaměstnavatelé - 2,3 % (z 25 % pro odvod pojistného na sociální zabezpečení) z úhrnu vyměřovacích základů jejich zaměstnanců;
- osoby samostatně výdělečně činné se účastní dobrovolně – jejich pojistné není vázáno na příjmy a částku pro odvod si určí sami (od 56 Kč – 1010 Kč měsíčně).⁵⁰

Jak již bylo výše naznačeno, systém nemocenského pojištění pokrývá sociální události, podle Fachinelli rozdělené na:

1. krátkodobou ztrátu příjmu z výdělečné činnosti z důvodu nemoci v případě, že se jedná o:
 - dočasnou pracovní neschopnost pro nemoc a úraz, včetně hospitalizace,
 - karanténu,
 - ošetřování člena rodiny nebo ve vymezených případech péče o dítě mladší 10 let;
2. stav těhotenství a mateřství.⁵¹

Na základě výskytu těchto sociálních událostí a při splnění zákonem stanovených podmínek jsou tedy poskytovány následující dávky:

- nemocenské,

⁴⁸ CHVÁTALOVÁ, I. *Peněžitě dávky v nemoci a v mateřství v Evropské unii*. Praha: LINDE s. r. o., 2003. 110 s. ISBN 80-86131-45-9.

⁴⁹ Stránky České správy sociálního zabezpečení [online], [cit. 2010-02-20]. Dostupné z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/ucast-na-pojisteni/>.

⁵⁰ Stránky České správy sociálního zabezpečení [online], [cit. 2010-02-20]. Dostupné z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/pojistne-na-socialni-zabezpeceni/vyse-a-platba-pojistneho/sazba-pojistneho.htm>.

⁵¹ FACHINELLI, H. *Ekonomika sociálního zabezpečení*. Ostrava: VŠB –TUO, Ekonomická fakulta, 2006. 149 s. (studijní opora, str. 87)

- ošetrovné,
- peněžitá pomoc v mateřství a
- vyrovnávací příspěvek v mateřství a těhotenství.

Celý systém je garantován státem a podobně jako v důchodovém pojištění i zde platí, že v zájmu uplatnění principu solidarity je omezen princip zásluhovosti.⁵²

3.1.1.1 Nemocenské

Z hlediska četnosti i objemu prostředků je nejvýznamnější dávkou nemocenské.⁵³

U zaměstnanců je nárok na peněžitou dávku v nemoci podmíněn existencí nemocenského pojištění (popř. náhradních skutečností existujících po skončení zaměstnání, při kterých jsou nároky z nemocenského pojištění zachovány, např. ochranná lhůta v délce 7 kalendářních dnů), ztrátou příjmu v důsledku pracovní neschopnosti nebo nařízením karantény.⁵⁴

Osobě samostatně výdělečně činné náleží nemocenské, v případě, že je uznána dočasně neschopnou k výkonu své dosavadní samostatné výdělečné činnosti a také v případě, že jí byla nařízena karanténa podle zvláštního právního předpisu. V období pracovní neschopnosti však nesmí vykonávat samostatně výdělečnou činnost a musí být účastna nemocenského pojištění alespoň tři měsíce, bezprostředně před pracovní neschopností.⁵⁵

Zaměstnanec, který je uznán ošetřujícím lékařem dočasně práce neschopným, má nárok na nemocenské od 15. kalendářního dne trvání jeho dočasné pracovní neschopnosti.⁵⁶

Podpůrčí doba pro poskytování nemocenského trvá nejdéle 380 kalendářních dnů.

Karenční doba je stanovena po tři dny. Od čtvrtého dne do konce dne čtrnáctého je zaměstnanec, kterému trvá pracovní vztah zakládající účast na nemocenském pojištění, zabezpečen náhradou mzdy, kterou poskytuje zaměstnavatel. Náhrada mzdy náleží

⁵² FACHINELLI, H. *Ekonomika sociálního zabezpečení*. Ostrava: VŠB –TUO, Ekonomická fakulta, 2006. 149 s. (studijní opora, str. 87)

⁵³ FACHINELLI, H. *Ekonomika sociálního zabezpečení*. Ostrava: VŠB –TUO, Ekonomická fakulta, 2006. 149 s. (studijní opora, str. 95)

⁵⁴ Stránky České správy sociálního zabezpečení [online], [cit. 2010-02-20]. Dostupné z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/nemocenske.htm>.

⁵⁵ viz zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

⁵⁶ Stránky Ministerstva práce a sociálních věcí [online], [cit. 2010-02-20]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/7b>.

za pracovní dny a při karanténě je vyplácena od prvního pracovního dne, v tomto případě tedy karenční doba neplatí.⁵⁷

Výše nemocenského za kalendářní den činí po celou dobu trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo nařízené karantény 60% tzv. redukováného denního vyměřovacího základu.

Denní vyměřovací základ (bližší informace viz příloha č. 2) se zjistí tak, že se započitatelný příjem zúčtovaný zaměstnanci v rozhodném období (zpravidla období 12 kalendářních měsíců před kalendářním měsícem, ve kterém vznikla pracovní neschopnost) dělí počtem „započitatelných“ kalendářních dnů připadajících na toto rozhodné období.

Pro jasnou představu celkových výdajů na nemocenské slouží tabulka č. 3.1. Celkové výdaje jsou také přepočteny na procentní podíl na HDP a na výdaj k jednomu obyvatele v produktivním věku. Ten je následně pro ukázkou srovnán s průměrnou hrubou měsíční mzdou za každý uvedený kalendářní rok. Tyto výpočty jsou provedeny u každé dávky nemocenského pojištění v ČR.

Tab. 3.1 Výdaje na nemocenské v letech 2006 – 2009 v Kč

Rok	2006	2007	2008	2009
částka (v tis.)	26 962 636	27 880 801	24 769 073	18 214 721
% podíl na HDP	0,83	0,78	0,67	0,51
na obyvatele ⁵⁸	3 604	3 727	3 311	2 435
průměrná mzda	21 952	23 435	25 381	25 752

Zdroj: <http://www.czso.cz/>, vlastní zpracování

Jak je z tabulky patrné, celkové výdaje na peněžité dávky v nemoci se v letech 2006 až 2008 pohybovaly na velmi podobné úrovni. Viditelný schodek nastal, až v roce 2009 kdy vlivem zavedeného regulačního opatření došlo ke snížení výdajů o více než 6,5 miliardy korun. Regulační opatření zahrnuje karenční období, tedy účast pojištěnce pro první 3 dny nemoci, následně spoluúčast zaměstnavatele do konce 14. dne nemoci a dávky nemocenského pojištění ze státního rozpočtu, které jsou vypláceny až od 15. dne nemoci. V předcházejících letech nebyla stanovena karenční doba a procentní sazba byla nastavena

⁵⁷ Stránky Ministerstva práce a sociálních věcí [online], [cit. 2010-02-20]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/7b>.

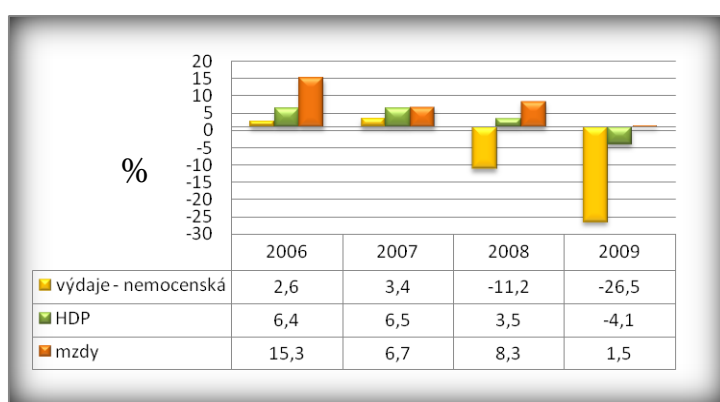
⁵⁸ věkové rozhraní činí 15 – 64 let - platí u všech dávek v nemoci, které jsou v práci uvedeny.

v jiných hodnotách, proto se také v roce 2009 snížil počet nově zahájených pracovních neschopností.

Stinnou stránkou regulačního opatření je však prodloužení průměrného trvání pracovní neschopnosti oproti roku 2008.⁵⁹

Pro srovnání výdajů na nemocenské s HDP a průměrnou mzdou domácností slouží graf č. 3.1, kde jsou jednotlivé hodnoty přepočteny na procenta, které způsobují meziroční přírůstek či pokles.

Graf 3.1 Meziroční přírůstek (pokles) HDP, průměrné mzdy a výdajů na nemocenské v letech 2006 – 2009 v %



Zdroj: <http://www.czso.cz/>; vlastní výpočty a zpracování

Jak je z grafu patrné, u výdajů na dávku nemocenské došlo v posledních dvou letech k výraznému poklesu, který, jak již bylo výše uvedeno, vyvrcholil v roce 2009 vlivem zavedení regulačního opatření. Nárůst HDP se začal zpomalovat začátkem roku 2008 a o rok později došlo dokonce k jeho poklesu. U průměrné mzdy vždy došlo a s největší pravděpodobností vždy docházet bude k jejímu růstu, ačkoli i pro tuto oblast byl rok 2009 méně přínosným.

3.1.1.2 Ošetřovné

Na ošetřovné má nárok zaměstnanec, který nemůže pracovat z důvodu, že musí ošetřovat nemocného člena domácnosti, nebo pečovat o zdravé dítě mladší 10 let z důvodů, že školské nebo dětské zařízení bylo uzavřeno (z důvodu havárie, epidemie atd.), dítěti byla nařízena karanténa, nebo osoba, která jinak o dítě pečuje, sama onemocněla.⁶⁰

⁵⁹ Pozn. průměrná délka trvání 1 pracovní neschopnosti v r. 2008 – 39,5 dne a v r. 2009 – 48,43 dne

⁶⁰ Stránky České správy sociálního zabezpečení [online], [cit. 2010-02-23]. Dostupné z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/osetrovne.htm>.

Zaměstnanec nemůže uplatnit nárok na ošetřovné na dítě, na které již druhý z rodičů uplatnil nárok na peněžitou pomoc v mateřství nebo rodičovský příspěvek.⁶¹ To však neplatí, pokud tato jiná osoba onemocněla, utrpěla úraz, či u ní nastaly situace zákonem stanovené a proto nemůže o dítě pečovat.

Ošetřovné náleží jen jednou a jen jednomu z oprávněných nebo postupně dvěma oprávněným, jestliže se v témže případě ošetřování vystřídají. Vystřídání je možné jen jednou. Některé skupiny pojištěnců nemají vzhledem k charakteru vykonávané činnosti na ošetřovné nárok (např. zaměstnání malého rozsahu, osoby samostatně výdělečně činné).⁶²

V období od 1. 1. 2010 do 31. 12. 2010 činí podpůrná doba u ošetřovného nejdéle 6 kalendářních dnů. U osamělého zaměstnance, který má v trvalé péči aspoň jedno dítě ve věku do 16 let, které neukončilo povinnou školní docházku, činí podpůrná doba u ošetřovného nejdéle 13 kalendářních dnů. Podpůrná doba počíná běžet od 4. kalendářního dne.⁶³

Výše ošetřovného činí 60% redukovaného denního vyměřovacího základu za kalendářní den, který se stanoví a redukuje stejným způsobem, jako při výpočtu nemocenského (viz příloha č. 2).

Celkové výdaje na ošetřovné ukazuje tabulka č. 3.2.

Tab. 3.2 Výdaje na ošetřovné v letech 2006 – 2009 v Kč

Rok	2006	2007	2008	2009
částka (v tis.)	824 983	893 366	811 271	729 070
% podíl na HDP	0,025	0,025	0,021	0,020
na obyvatele	110,28	119,42	108,45	97,46
průměrná mzda	21 952	23 435	25 381	25 752

Zdroj: <http://www.czso.cz/>, vlastní zpracování

Jak naznačuje tabulka, výše výdajů na ošetřovné se během tří let pohybovala nad 800 mil. Kč. Patrný pokles výdajů v roce 2009 je připisován finanční krizi a zrušení výplaty ošetřovného pro osoby samostatně výdělečně činné.

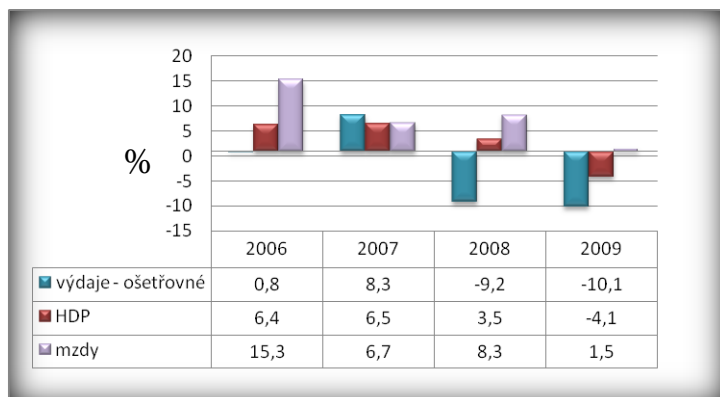
Graf č. 3.2 porovnává meziroční přírůstky výdajů na ošetřovné, HDP a průměrné mzdy.

⁶¹ Stránky Ministerstva práce a sociálních věcí [online], [cit. 2010-02-23]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/7>.

⁶² Stránky České správy sociálního zabezpečení [online], [cit. 2010-02-23]. Dostupné z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/osetrovne.htm>.

⁶³ Stránky Ministerstva práce a sociálních věcí [online], [cit. 2010-02-23]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/7>.

Graf 3.2 Meziroční přírůstek (pokles) HDP, průměrné mzdy a výdajů na ošetřovné v letech 2006 – 2009 v %



Zdroj: <http://www.czso.cz/>; vlastní výpočty a zpracování

Při již výše uvedenému pohybu HDP a průměrné mzdě, došlo v roce 2008 i o rok později k výraznému meziročnímu procentnímu poklesu u výdajů na ošetřovné.

3.1.1.3 Peněžitá pomoc v mateřství

Základní podmínky nároku na tuto dávku jsou, že v den, od něhož je dávka přiznávána, musí trvat účast na nemocenském pojištění nebo ochranná lhůta. V posledních dvou letech před tímto dnem musí také trvat účast na nemocenském pojištění po dobu alespoň 270 dnů. U osob samostatně výdělečně činných (dále jen OSVČ) je další podmínkou nároku na peněžitou pomoc v mateřství (dále jen PPM) účast na nemocenském pojištění jako OSVČ po dobu alespoň 180 kalendářních dnů v posledním roce přede dnem počátku podpůrčí doby.⁶⁴

Nástup na PPM nastává dnem, který si pojištěnka určí v období od počátku 8. do počátku 6. týdne před očekávaným dnem porodu. Podpůrčí doba činí 28 týdnů u pojištěnky, která porodila, a to i v případě, že se jedná o zaměstnankyni, která je neprovdaná, ovdovělá, rozvedená či z jiných vážných důvodů osamělá. U pojištěnky, která porodila zároveň dvě nebo více dětí činí podpůrčí doba 37 týdnů, přičemž po uplynutí 28 týdnů podpůrčí doby PPM náleží, jen jestliže pojištěnka dále pečuje alespoň o dvě z těchto dětí. U pojištěnce, pokud převzal dítě do péče (na základě rozhodnutí příslušného orgánu, např. z důvodu úmrtí matky) činí podpůrčí doba 22 týdnů. (u více dětí je to 31 týdnů).⁶⁵

⁶⁴ Stránky Ministerstva práce a sociálních věcí [online], [cit. 2010-02-23]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/7>.

⁶⁵ Stránky České správy sociálního zabezpečení [online], [cit. 2010-02-23]. Dostupné z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/penezita-pomoc-v-materstvi.htm>.

Výše PPM činí od prvního kalendářního dne 60% redukovaného denního vyměřovacího základu za kalendářní den.

Denní vyměřovací základ se u PPM zjistí tak, že se započitatelný příjem zúčtovaný v rozhodném období (12 kalendářních měsíců) dělí počtem „započitatelných“ kalendářních dnů připadajících na toto rozhodné období. Takto stanovený průměrný denní příjem podléhá redukci, která se u PPM provede stejným způsobem jako u nemocenského.⁶⁶ Celkové výdaje na PPM i s přepočtem na průměrný počet žen jsou k vidění v tab. č. 3.3.

Tab. 3.3 Výdaje na PPM v letech 2006 – 2009 v Kč

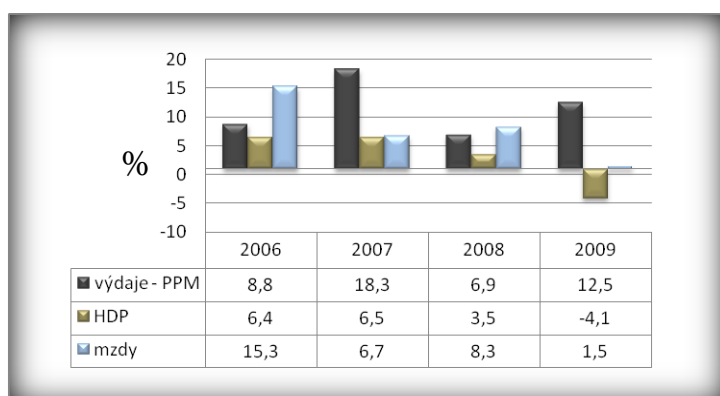
Rok	2006	2007	2008	2009
částka (v tis.)	4 981 485	5 892 890	6 296 831	7 084 390
% podíl na HDP	0,154	0,166	0,170	0,200
na ženu ⁶⁷	1 355	1 603	1 713	1 927
průměrná mzda	21 952	23 435	25 381	25 752

Zdroj: <http://www.czso.cz/>, vlastní zpracování

Důvod rostoucích nákladů na PPM pro každý uvedený rok je připisován zvýšenému množství narozených dětí a taktéž změnám v přístupu k redukci denního vyměřovacího základu. Nárůst výdajů v roce 2009 byl nepochybně zaviněn i zvýšenou procentní sazbou z redukovaného denního vyměřovacího základu, která se pro letošní rok snížila o 10%.

Graf č. 3.3 porovnává meziroční přírůstky výdajů na PPM, HDP a průměrné mzdy.

Graf 3.3 Meziroční přírůstek (pokles) HDP, průměrné mzdy a výdajů na PPM v letech 2006 – 2009 v %



Zdroj: <http://www.czso.cz/>; vlastní výpočty a zpracování

⁶⁶ Stránky České správy sociálního zabezpečení [online], [cit. 2010-02-23]. Dostupné z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/penezita-pomoc-v-materstvi.htm>.

⁶⁷ věkové rozhraní činí 15 – 64 let - platí u všech dávek v mateřství a těhotenství, které jsou v práci uvedeny.

Z grafu je patrné, že největší přírůstek výdajů na PPM ve výši 18,3 procenta byl v roce 2007 a následně, již v menších hodnotách v roce 2009. Jak již bylo výše zmíněno, za tímto pohybem stojí především změny procentní sazby z denního vyměřovacího základu.

3.1.1.4 Vyrovnávací příspěvek v mateřství a těhotenství

Vyrovnávací příspěvek v mateřství a těhotenství (dále jen VPTM) se poskytuje ženě, pokud je v době těhotenství nebo mateřství ze zdravotních důvodů převedena na jinou práci, kde dosahuje bez svého zavinění nižšího výdělku.⁶⁸

Poskytuje se za kalendářní dny, v nichž trvalo převedení na jinou práci. Těhotné zaměstnankyni se vyplácí nejdéle do počátku šestého týdne před očekávaným dnem porodu. Z důvodu mateřství se vyrovnávací příspěvek poskytuje do konce 9. měsíce po porodu a u žen, které kojí, pak po dobu kojení.⁶⁹ Některé skupiny zaměstnankyň nemají na VPTM nárok (např. zaměstnankyně malého rozsahu, zaměstnankyně na dohodu o pracovní činnosti).

Vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství se stanoví jako rozdíl redukovaného denního vyměřovacího základu zjištěného ke dni převedení zaměstnankyně na jinou práci a průměru jejích započitatelných příjmů připadajících na jeden kalendářní den v jednotlivých kalendářních měsících po tomto převedení. U VPTM se postupuje při stanovení a redukcí denního vyměřovacího základu stejně jako u nemocenského (viz příloha č. 2).⁷⁰

Tabulka č. 3.4 ukazuje celkové výdaje na vyrovnávací příspěvek v mateřství a těhotenství a dále tuto dávku přepočtenou na obyvatele srovnává s průměrnou mzdou.

Tab. 3.4 Výdaje na VPTM v letech 2006 – 2009 v Kč

Rok	2006	2007	2008	2009
částka (v tis.)	4 249	3 847	4 433	5 170
% podíl na HDP	$1,31 * 10^{-4}$	$1,08 * 10^{-4}$	$1,20 * 10^{-4}$	$1,46 * 10^{-4}$
na ženu	1,16	1,05	1,21	1,41
průměrná mzda	21 952	23 435	25 381	25 752

Zdroj: <http://www.czso.cz/>, vlastní zpracování

⁶⁸ FACHINELLI, H. *Ekonomika sociálního zabezpečení*. Ostrava: VŠB –TUO, Ekonomická fakulta, 2006. 149 s. (studijní opora, str. 96)

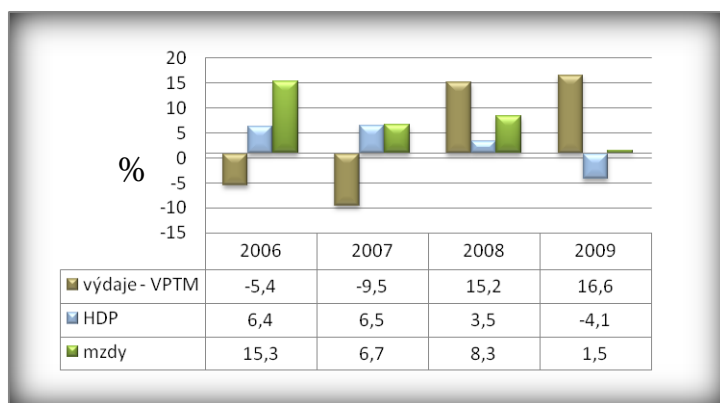
⁶⁹ Stránky České správy sociálního zabezpečení [online], [cit. 2010-02-23]. Dostupné z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/vyrovnavaci-prispevek-v-tehotenstvi-a-materstvi.htm>.

⁷⁰ Stránky České správy sociálního zabezpečení [online], [cit. 2010-02-23]. Dostupné z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/vyrovnavaci-prispevek-v-tehotenstvi-a-materstvi.htm>.

V průběhu let nedošlo prakticky k žádným změnám v podmínkách nároku na tuto dávku, což znamená, že kolísající výdaje jsou zapříčiněny změnami v počtu narozených dětí.

Graf č. 3.4 názorně ukazuje meziroční přírůstky či poklesy jednotlivých ukazatelů.

Graf 3.4 Meziroční přírůstek (pokles) HDP, průměrné mzdy a výdajů na VPTM v letech 2006 – 2009 v %



Zdroj: <http://www.czso.cz/>; vlastní výpočty a zpracování

3.1.2 Veřejné zdravotní pojištění

Jak uvádí Fachinelli: „pro případ zabezpečení zdravotní péče je konstruováno veřejné zdravotní pojištění. Je určeno všem, kteří mají trvalý pobyt na území České republiky nebo nemají trvalý pobyt v ČR, ale pracují u zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR.“⁷¹

Tyto osoby mají účast v pojištění povinnou a z veřejného zdravotního pojištění jsou jim poskytovány služby (zdravotní péče) a věcné dávky (léky, zdravotní pomůcky).

Plátcí veřejného zdravotního pojištění jsou:

- pojištěnci (zaměstnanci, OSVČ, osoby bez zdanitelných příjmů),
- zaměstnavatelé a
- stát (platí za osoby vymezené zákonem, které si z objektivních důvodů nemohou platit pojištění samy, nebo které jsou pod ochranou státu – např důchodci).

Pojistné je sestaveno jako procentní sazba (13,5%) z vyměrovacího základu za rozhodné období, které je stanoveno stejným způsobem jako u nemocenského pojištění.

Zaměstnanec se na pojistném podílí 4,5% a zaměstnavatel doplácí zbylých 9%.

⁷¹ FACHINELLI, H. *Ekonomika sociálního zabezpečení*. Ostrava: VŠB –TUO, Ekonomická fakulta, 2006. 149 s. (studijní opora, str. 90)

OSVČ si musí sama výši pojistného vypočítat a odvést a taktéž osoba bez zdanitelných příjmů, za kterou není plátcem pojistného stát, si musí měsíčně platit pojistné sama.⁷²

3.2 ZABEZPEČENÍ V NEMOCI VE SLOVENSKÉ REPUBLICE

Slovenská republika prošla v oblasti sociálního zabezpečení, v průběhu let, mnoha změnami. V roce 2003 došlo k reformě systému sociálního zabezpečení, což přineslo radikální proměnu v oblasti sociálního pojištění a sociální pomoci.⁷³

Zabezpečení v nemoci na Slovensku je založeno na dvou hlavních programech:

- nemocenské pojištění a
- veřejné zdravotní pojištění.⁷⁴

Systém sociálního pojištění⁷⁵ je tedy tvořen nemocenským pojištěním, dále důchodovým, úrazovým⁷⁶, garančním a pojištěním v nezaměstnanosti (viz. příloha č. 3).

Do celkové struktury sociálního zabezpečení spadá kromě sociálního pojištění i sociální pomoc a sociální podpora.⁷⁷

Financování sociálního zabezpečení je vykonávané Sociální pojišťovnou, která vznikla v r. 1994, jako veřejnoprávní instituce pověřená výkonem nemocenského a důchodového pojištění. Po roce 2002 převzala od bývalé Národní pojišťovny pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu a při nemoci z povolání. O dva roky později začala vykonávat nemocenské pojištění, důchodové pojištění (starobní, invalidní), úrazové, garanční a pojištění v nezaměstnanosti. Posledním krokem bylo převzetí činnosti v rámci starobního důchodového spoření, kdy vybírá především příspěvky a registruje nové smlouvy.⁷⁸

Lze si povšimnout, že na rozdíl od ČR je úrazové pojištění součástí systému sociálního pojištění.

⁷² Stránky Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR [online], [cit. 2010-02-26]. Dostupné z WWW: http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Platci/OBZP/Platba_pojistneho/.

⁷³ Stránky Sociálne poisťovne [online], [cit. 2010-02-26]. Dostupné z WWW: <http://www.socpoist.sk/historia/388s>.

⁷⁴ RIEVAJOVÁ, E. *Sociálne zabezpečenie*. Bratislava: Ekonóm, 2008. 234 s. ISBN 978-80-225-2545-9.

⁷⁵ Upraveno zákonem č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

⁷⁶ Pozn. také spadá do systému zabezpečení v nemoci, avšak v rámci rozsahu, je diplomová práce zaměřena na podrobnější analýzu dávek nemocenského pojištění.

⁷⁷ STANEK, V. a kol. *Sociálna politika*. Bratislava: Ekonóm, 2004. 498 s. ISBN 80-225-1881-6.

⁷⁸ Stránky Sociálne poisťovne [online], [cit. 2010-02-26]. Dostupné z WWW: <http://www.socpoist.sk/historia/388s>.

3.2.1 Nemocenské pojištění

Jak již bylo naznačeno výše, v důsledku transformace sociálního zabezpečení vstoupil v platnost 1. ledna 2004 zákon o sociálním pojištění. Ten se vztahuje na všechny zaměstnané osoby a OSVČ, s výjimkou příslušníků policie, Slovenské informační služby, Národního bezpečnostního úřadu, vězeňské a soudní ostrahy, železniční policie, celní správy a příslušníků armády, kteří svoji pracovní činnost vykonávají v ozbrojených silách (vojáci z povolání). Tento zákon ustanovil podmínky nového systému nemocenského pojištění jako pojištění pro případ ztráty nebo snížení příjmu z výdělečné činnosti a na zabezpečení příjmu v důsledku dočasné pracovní neschopnosti, těhotenství a mateřství.⁷⁹

V novém systému nemocenského pojištění došlo k zásadním změnám v mechanismu jeho fungování, oblasti osobního rozsahu a dávkové soustavě.⁸⁰

Tak jako i v ČR je nemocenské pojištění financováno prostřednictvím metody průběžného financování.

Nárok na dávky nemocenského pojištění mají zaměstnané osoby, pokud:

- splňují podmínky pro přístup k těmto nemocenským dávkám v průběhu své účasti v systému zdravotního pojištění nebo po jeho ukončení během období léčby či přetrvání nároku;
- v době, kdy nevykonávají svou práci z důvodu pracovní neschopnosti, poskytují péči osobě z rodinného okruhu vymezeného platnými právními předpisy, na plný úvazek pečují o dítě mladší deseti let, jsou na mateřské dovolené nebo jim bylo svěřeno dítě do náhradní péče, mají nižší příjem než je minimální základ stanovený pro výpočet příspěvku nemocenského pojištění.⁸¹

OSVČ, které se povinně účastní systému nemocenského pojištění a fyzické osoby, které se pojistily dobrovolně, mají nárok na tyto dávky (v prvním případě, který je výše uveden) za stejných podmínek jako je tomu u zaměstnanců. V dalších případech mají nárok, pokud uhradily k poslednímu dni kalendářního měsíce, během něž jim vznikl nárok na dávku, všechny příspěvky nemocenského pojištění za celé období od začátku jejich pojištění

⁷⁹ NOVOTNÁ, E., Rišňovský, L'. *Komentár k zákonu o sociálnom poistení*. In: Rievajová, E. a kol. *Sociálne zabezpečenie*. Bratislava: Sprint, 2006. 60 s. ISBN 80-89085-62-8.

⁸⁰ Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

⁸¹ Stránky Evropské komise [online], [cit. 2010-02-26]. Dostupné z WWW: http://ec.europa.eu/employment_social/social_security_schemes/national_schemes_summaries/svk/2_01_cs.htm.

(povinného či dobrovolného) do posledního dne kalendářního měsíce, který předchází nabytí nároku na dávku.⁸²

Nemocenského pojištění se povinně účastní zaměstnanec, který vykonává práci na území Slovenské republiky nebo mimo toto území v době, kterou určí zaměstnavatel, jestliže mezinárodní smlouva nestanoví jinak.

OSVČ je povinna účastnit se nemocenského pojištění v případě, že její příjem z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti podle zvláštního předpisu nebo výnos spojený s podnikáním a s jinou samostatnou výdělečnou činností byl vyšší než 12 násobek vyměřovacího základu. Tato povinná účast OSVČ, na nemocenském pojištění, garantuje nárok na všechny dávky nemocenského pojištění s výjimkou dávky vyrovnávací.⁸³

Dobrovolně pojištěná osoba může být fyzická osoba po dovršení 16 let věku, která má na území Slovenské republiky trvalý pobyt, povolení na přechodný pobyt, nebo povolení na trvalý pobyt. Stejně jako u povinně pojištěných OSVČ, i zde má dobrovolně pojištěná osoba nárok na veškeré dávky nemocenského pojištění s výjimkou dávky vyrovnávací.⁸⁴

Účast zaměstnance na nemocenském pojištění vzniká dnem nástupu do zaměstnání, a jestliže zaměstnanec vykonává několik zaměstnání, je povinen se pojistit v každém z nich.

Co se týče zdanění, tak dávky náležící ze systému nemocenského pojištění nepodléhají daňové povinnosti.

Systém nemocenského pojištění pokrývá ve Slovenské republice stejné události jako je tomu v ČR a sazba pojistného je pro jednotlivé kategorie následující:

- zaměstnavatelé - 1,4 % z vyměřovacího základu jeho zaměstnanců;
- zaměstnanci - 1,4 % z vyměřovacího základu na placení pojistného na sociální pojištění;
- OSVČ – 4,4 % z vyměřovacího základu na placení pojistného na sociální pojištění.

Na základě výskytu příslušných sociálních událostí jsou poskytovány stejné dávky nemocenského pojištění jako v ČR, tedy: nemocenské, ošetrovné, mateřské a vyrovnávací dávka.

⁸² Stránky Evropské komise [online], [cit. 2010-02-26]. Dostupné z WWW: http://ec.europa.eu/employment_social/social_security_schemes/national_schemes_summaries/svk/2_01_cs.htm.

⁸³ Stránky Sociálne poisťovne [online], [cit. 2010-02-26]. Dostupné z WWW: <http://www.socpoist.sk/474/1146s>.

⁸⁴ Stránky Migračného informačného centra [online], [cit. 2010-02-26]. Dostupné z WWW: <http://mic.iom.sk/sk/socialne-veci/socialne-zabezpecenie/76-nemocenske-poistenie-na-slovensku.html>.

3.2.1.1 Nemocenské

Zaměstnanec a OSVČ, která se účastní na nemocenském pojištění povinně, mají nárok na nemocenskou, jestliže byli pro nemoc anebo úraz uznáni za dočasně práce neschopnými pro výkon výdělečné činnosti, anebo jim byla nařízena karanténa.

Dobrovolně pojištěná osoba má nárok na nemocenské, jestliže jí vznikla dočasná pracovní neschopnost a v posledních dvou letech před vznikem této dočasné pracovní neschopnosti byla pojištěna alespoň 270 dní.⁸⁵

Zaměstnanec, který je uznán ošetřujícím lékařem dočasně práce neschopným, má nárok na nemocenské od 11. kalendářního dne trvání jeho dočasné pracovní neschopnosti do konce dočasné pracovní neschopnosti.

Tento nárok zaniká v den, který následuje po ukončení dočasné pracovní neschopnosti nebo v den přiznání starobního důchodu, předčasného starobního důchodu nebo invalidního důchodu, je-li míra jejich pracovní neschopnosti rovna nebo vyšší 70%. Nemocenské nelze pobírat déle než 52 týdnů počítaných od zahájení dočasné pracovní neschopnosti.⁸⁶

Karenční doba pro dávku nemocenské stanovena není. Zaměstnanec, kterému trvá pracovní vztah zakládající účast na nemocenském pojištění, je zabezpečen náhradou mzdy, kterou poskytuje zaměstnavatel od prvního do konce desátého dne.

Povinně nemocensky pojištěné OSVČ a dobrovolně pojištěné osoby mají nárok na dávku nemocenské od prvního dne dočasné pracovní neschopnosti.

Výše dávky je pro zaměstnané osoby, za každý kalendářní den, 55% denního vyměřovacího základu.⁸⁷ Pro OSVČ, jež jsou pojištěny povinně a pro dobrovolně pojištěné osoby tato sazba činí za první tři kalendářní dny 25% denního vyměřovacího základu a od čtvrtého dne 55% denního vyměřovacího základu.⁸⁸

Pro jasnou představu celkových výdajů na nemocenské na Slovensku slouží tabulka č. 3.5. Údaje jsou vypočteny pro Slovensko stejně tak, jako byly vypočteny v tabulkách pro ČR.

⁸⁵ Stránky Sociálne poisťovne [online], [cit. 2010-02-26]. Dostupné z WWW: <http://www.socpoist.sk/nemocenske/1292s>.

⁸⁶ Stránky Evropské komise [online], [cit. 2010-02-26]. Dostupné z WWW: http://ec.europa.eu/employment_social/social_security_schemes/national_schemes_summaries/svk/2_01_cs.htm.

⁸⁷ DVZ = podíl součtu vyměřovacích základů, z kterých pojištěnec zaplatil pojistné na nemocenské pojištění v rozhodném období (zpravidla kalendářní rok) a počtu dní v rozhodujícím období.

⁸⁸ Stránky Evropské komise [online], [cit. 2010-02-26]. Dostupné z WWW: http://ec.europa.eu/employment_social/social_security_schemes/national_schemes_summaries/svk/2_01_cs.htm.

Tab. 3.5 Výdaje na nemocenské v letech 2006 – 2009 v Sk

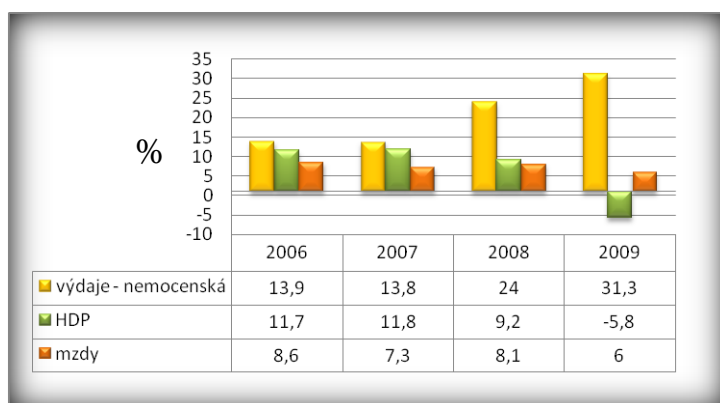
Rok	2006	2007	2008	2009 ⁸⁹
částka (v tis.)	3 909 040	4 448 167	5 519 175	7 245 151
% podíl na HDP	0,24	0,24	0,27	0,38
na obyvatele	1 008	1 147	1 424	1 869
průměrná mzda	18 761	20 146	21 782	23 089

Zdroj: <http://portal.statistics.sk/showdoc.do?docid=4>, vlastní zpracování

Jak naznačuje tabulka, postupné navýšení výdajů na nemocenské je připisován nárůstu počtu dočasných pracovních neschopností a za předešlý rok zejména přijetím nové měny.

Graf č. 3.5 porovnává meziroční přírůstky výdajů na nemocenské, HDP a průměrné mzdy.

Graf 3.5 Meziroční přírůstek (pokles) HDP, průměrné mzdy a výdajů na nemocenskou v letech 2006 – 2009 v %



Zdroj: <http://portal.statistics.sk/>, vlastní výpočty a zpracování

Je jasně viditelné, že výdaje na nemocenské v průběhu uvedených čtyř let neustále rostly a v posledních dvou letech činil procentní meziroční nárůst dokonce přes 20%. Při porovnání těchto hodnot s ČR je následně patrné, že zavedené regulační opatření u nás výrazně odlehčilo státní rozpočet, a to i za neporušení podmínky standardní podpory při dočasné pracovní neschopnosti.

⁸⁹ Pozn. vzhledem k přijetí EURA v roce 2009 jsou částky pro tento rok (platí pro každou tabulku), kvůli přehlednosti přepočítané na Sk při konverzním kurzu 1 EURO = 30,1260 Sk.

3.2.1.2 Ošetrovné

Ošetrovné je i pro Slovenskou republiku nemocenskou dávkou, která je poskytnuta z důvodu ošetrování nemocného dítěte, manžela, manželky, rodiče či z důvodu starání se o dítě do deseti let věku (v případě výskytu některých z událostí jako je např. karanténa či nemoc fyzické osoby, která se o dítě stará atd.).

Na tuto dávku má nárok zaměstnanec, povinně pojištěná OSVČ a dobrovolně pojištěná osoba.⁹⁰

Pojištěncovi vzniká nárok na ošetrovné od prvního dne, podle potřeby ošetrování fyzické osoby nebo starosti o dítě a zaniká dnem skončení potřeby ošetrování nebo starosti, nejpozději však uplynutím desátého dne.

Ošetrovné se poskytuje za dny a jeho výše činí 55% denního vyměřovacího základu. Dávka patří ve stejném případě jen jednou a jen jednomu pojištěncovi.⁹¹ Jen pro okrajové srovnání: v ČR byla pro tento rok stanovena karenční doba na tři dny a ošetrovné se běžně vyplácí pouze po dobu šesti kalendářních dnů (u stanovených případů až 13 kalendářních dnů).⁹²

Tabulka č. 3.6 ukazuje výdaje na ošetrovné a jejich srovnání s průměrnou mzdou.

Tab. 3.6 Výdaje na ošetrovné v letech 2006 – 2009 v Sk

Rok	2006	2007	2008	2009
částka (v tis.)	153 351	188 778	223 202	247 124
% podíl na HDP	$9,25 \cdot 10^{-3}$	0,01	0,01	0,01
na obyvatele	39,55	35,09	48,69	63,74
průměrná mzda	18 761	20 146	21 782	23 089

Zdroj: <http://portal.statistics.sk/showdoc.do?docid=4>, vlastní zpracování

Údaje týkající se výdajů na ošetrovné se během prvních dvou let pohybovaly na velmi podobné úrovni. Od roku 2008, kdy došlo k přiznání dávky i těm, kterým vznikl nárok na starobní, předčasně starobní a invalidní důchod⁹³, výdaje výrazně poskočily.

⁹⁰ Stránky Sociálne poisťovne [online], [cit. 2010-02-27]. Dostupné z WWW: <http://www.socpoist.sk/osetrovne/1294s>.

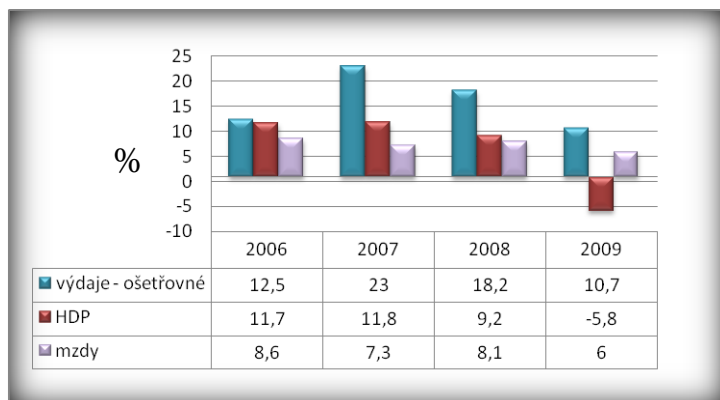
⁹¹ Stránky Sociálne poisťovne [online], [cit. 2010-02-27]. Dostupné z WWW: <http://www.socpoist.sk/osetrovne/1294s>.

⁹² viz. podrobnější údaje o ČR na předchozích stránkách této kapitoly

⁹³ při splnění podmínky poklesu schopnosti výdělečné činnosti o více než 70%

Následující graf názorně ukazuje procentní meziroční přírůstky vybraných ukazatelů.

Graf 3.6 Meziroční přírůstek (pokles) HDP, průměrné mzdy a výdajů na ošetrovné v letech 2006 – 2009 v %



Zdroj: <http://portal.statistics.sk/>, vlastní výpočty a zpracování

3.2.1.3 Mateřské

Nárok na mateřskou má pojištěnka, která je těhotná nebo která se stará o narozené dítě a v posledních dvou letech před porodem byla účastna na nemocenském pojištění nejméně 270 dní.

Povinně pojištěné OSVČ a dobrovolně pojištěné osoby mají nárok na mateřskou v případě, že mají zaplacené pojistné ve správné výši⁹⁴ od vzniku nemocenského pojištění do konce kalendářního měsíce, který předchází měsíci, v němž vznikl nárok na tuto dávku.

Pojištěné osobě vzniká nárok na mateřskou od začátku šestého týdne, nejdříve však od začátku osmého týdne před očekávaným porodem, který je stanoven lékařem. Nárok zaniká uplynutím 28. týdne od vzniku nároku na mateřské, jestliže zákon o sociální pojištění nestanoví jinak.⁹⁵

Dávka se poskytuje za kalendářní dny, ve stejném případě jen jednou a jen jednomu pojištěnci ve výši 55% denního vyměřovacího základu (podíl součtu vyměřovacích základů na placení pojistného na nemocenské pojištění dosažených v rozhodném období a počtu dní rozhodného období).⁹⁶

⁹⁴ Pozn. toleruje se dlužná suma pojistného na nemocenské pojištění, která je nižší než 5 eur.

⁹⁵ Stránky Sociálne poisťovne [online], [cit. 2010-02-27]. Dostupné z WWW: <http://www.socpoist.sk/matenske/1293s>.

⁹⁶ Stránky Sociálne poisťovne [online], [cit. 2010-02-27]. Dostupné z WWW: <http://www.socpoist.sk/matenske/1293s>.

Výdaje na mateřské celkově, i na obyvatele jsou uvedeny v tabulce č. 3.7. Jako v ostatních případech jsou částky okrajově srovnané s průměrnou měsíční mzdou v jednotlivých letech.

Tab. 3.7 Výdaje na mateřské v letech 2006 – 2009 v Sk

Rok	2006	2007	2008	2009
částka (v tis.)	1 259 512	1 396 518	1 683 678	2 046 550
% podíl na HDP	0,08	0,08	0,08	0,12
na ženu	646,65	717	864,43	1051
průměrná mzda	18 761	20 146	21 782	23 089

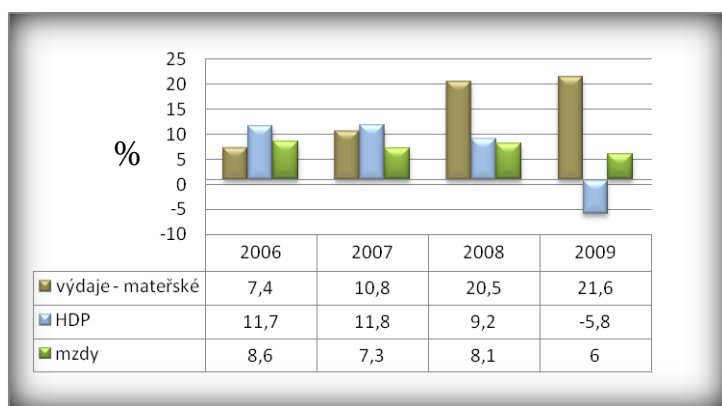
Zdroj: <http://portal.statistics.sk/showdoc.do?docid=4>, vlastní zpracování

Tak jako u většiny dávek, i tato se po první tři uvedené roky pohybuje v podobných výšinách. Rok 2009 sice přinesl o něco vyšší výdaje, ale zásadní změny v poskytování mateřské nenastaly.⁹⁷

Při srovnání s ČR jsou podmínky nároku na mateřskou skoro stejné, s tím rozdílem, že u nás je poskytovaná dávka o 5 % vyšší.

I zde je názorně ukázán meziroční procentní přírůstek vybraných ukazatelů v grafu č. 3.7.

Graf 3.7 Meziroční přírůstek (pokles) HDP, průměrné mzdy a výdajů na mateřské v letech 2006 – 2009 v %



Zdroj: <http://portal.statistics.sk/>, vlastní výpočty a zpracování

Meziroční přírůstky výdajů této dávky patří na Slovensku mezi ty nejnižší, přesto lze pozorovat skok pro rok 2009, který byl popsán výše.

⁹⁷ Stránky Sociálne poisťovne [online], [cit. 2010-02-27]. Dostupné z WWW: <http://www.socpoist.sk/matenske/1293s>.

3.2.1.4 Vyrovnávací dávka

Nárok zaměstnankyně na tuto dávku je stejný, jako v ČR. Zaměstnankyně musí být v období těhotenství převedena na jinou práci, protože práce, kterou před tím vykonávala je buď zakázána těhotným ženám, nebo tato práce podle lékařského posudku ohrožuje její těhotenství.

V případě, že při převedení na jinou práci dosahuje bez svého zavinění nižších výdělků, má nárok na vyrovnávací dávku.⁹⁸

Po období těhotenství se vyrovnávací dávka poskytuje nejdéle do nástupu na mateřskou dovolenou a po jejím skončení, nejdéle do konce devátého měsíce po porodu.

Výše vyrovnávací dávky je 55% z rozdílu mezi měsíčním vyměřovacím základem a vyměřovacím základem, z kterého zaměstnankyně platí pojistné na nemocenské pojištění v jednotlivých kalendářních měsících po přeřazení na jinou práci.⁹⁹

Tabulka č. 3.8 podává přehled týkající se výdajů na vyrovnávací dávku pro vybrané roky a dále tyto výdaje opět přepočítává na osobu kvůli okrajovému porovnání s průměrnou mzdou.

Tab. 3.8 Výdaje na vyrovnávací dávku v letech 2006 – 2009 v Sk

Rok	2006	2007	2008	2009
částka (v tis.)	940	748	1 080	1 467
% podíl na HDP	$5,67 * 10^{-5}$	$4,03 * 10^{-5}$	$5,33 * 10^{-5}$	$7,69 * 10^{-5}$
na ženu	0,48	0,38	0,55	0,75
průměrná mzda	18 761	20 146	21 782	23 089

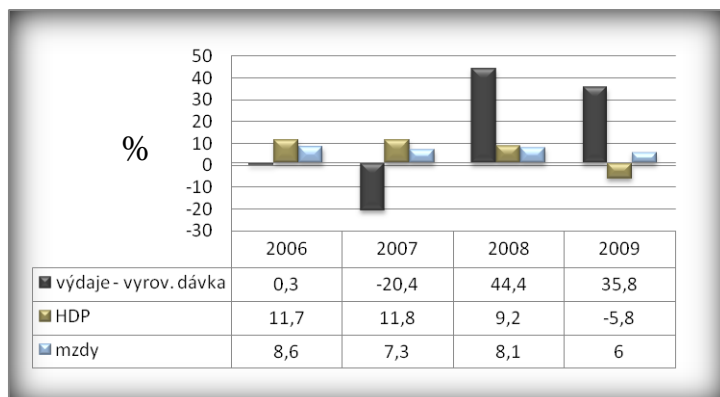
Zdroj: <http://portal.statistics.sk/showdoc.do?docid=4>, vlastní zpracování

Vyrovnávací dávka poskytovaná na Slovensku neprošla stejně jako v ČR v posledních letech nějakými velkými změnami. Výdaje na tuto dávku jsou nejnižší a jejich podíl na HDP je téměř zanedbatelný. Přesto vystupuje z řad slovenských dávek nemocenského pojištění, jak naznačuje graf č. 3.8.

⁹⁸ STANEK, V. a kol. *Sociálna politika*. Bratislava: Ekonóm, 2004. 498 s. ISBN 80-225-1881-6.

⁹⁹ Stránky Sociálne poisťovne [online], [cit. 2010-02-27]. Dostupné z WWW: <http://www.socpoist.sk/vyrovnacia-davka/1295s>.

Graf 3.8 Meziroční přírůstek (pokles) HDP, průměrné mzdy a výdajů na mateřské v letech 2006 – 2009 v %



Zdroj: <http://portal.statistics.sk/>, vlastní výpočty a zpracování

I přes zanedbatelnou velikost svých výdajů, je vyrovnávací dávka nejvýznamnější v poli procentních meziročních přírůstků, které jsou pravděpodobně zaviněny rostoucím využitím této dávky.

3.2.2 Veřejné zdravotní pojištění

Veřejné zdravotní pojištění na Slovensku je povinné a dobrovolné a má zabezpečit zdravotní péči pro všechny občany.¹⁰⁰

Povinně veřejně zdravotně pojištěná je fyzická osoba, která má trvalý pobyt na území Slovenské republiky a fyzická osoba, která není zdravotně pojištěná v jiném členském státě EU a je zaměstnaná u zaměstnavatele, který má sídlo na území Slovenské republiky.

Plátcí pojistného a sazby pro jednotlivé fyzické osoby jsou následující:

- zaměstnanec – 4% z vyměřovacího základu,
- OSVČ – 14% z vyměřovacího základu,
- zaměstnavatel – 10% z vyměřovacího základu a
- stát (např. za nezaopatřené dítě) – 4% z vyměřovacího základu¹⁰¹

Vyměřovací základ je úhrn minimálních základů za všechny kalendářní měsíce rozhodujícího období (kalendářní rok), po které má pojištěnec povinnost platit zdravotní pojištění.

¹⁰⁰ Stránky Ústredného portálu verejnej správy Slovenskej republiky [online], [cit. 2010-02-28]. Dostupné z WWW: <http://portal.gov.sk/Portal/sk/Default.aspx?CatID=39&aid=925>.

¹⁰¹ Stránky Ústredného portálu verejnej správy Slovenskej republiky [online], [cit. 2010-02-28]. Dostupné z WWW: <http://portal.gov.sk/Portal/sk/Default.aspx?CatID=39&aid=925>.

3.3 ZABEZPEČENÍ V NEMOCI V ITÁLII

Sociálního zabezpečení v Itálii pokrývá většinu občanů, avšak je velmi složité a také velmi nepřehledné.

Celý systém, s výjimkou zdravotní péče, není organizován podle jednoho univerzálního kritéria. Pro každou oblast, zejména pokud jde o důchody, existuje zvláštní správa, která je zodpovědná za vybírání příspěvků a poskytování dávek. Provádění právních předpisů a dohledu nad nimi, spadá do kompetence ministerstva práce, zdravotnictví a sociální politiky.¹⁰²

Všechny instituce provádějící sociální zabezpečení zastřešuje Národní úřad sociálního zabezpečení (Istituto Nazionale di Previdenza Sociale – INPS) a zdravotní pojištění spravuje zdravotní pojišťovna (Servizio Sanitario Nazionale – SSN)¹⁰³

Instituce provádějící sociální zabezpečení jsou tedy následující:

- Národní úřad sociálního zabezpečení (dále jen INPS) – spravuje fondy zaměstnaným osobám a majitelům družstev na italských vysokých školách,
- Národní úřad sociálního zabezpečení pro státní zaměstnance (dále jen INPADAP) – vykonává stejné funkce jako INPS, ale jen pro státní zaměstnance,
- Národní pojišťovací institut (INAIL) – vyřizuje dohody o úrazech v zaměstnání a při pracovních neschopnostech.

Kromě výše uvedených existuje i mnoho dalších institucí, které se starají o různé kategorie OSVČ (jako např. o lékaře, inženýry a architekty, advokáty, psychology atd.)¹⁰⁴

Národní úřad sociálního zabezpečení poskytuje výhody pro zaměstnance a OSVČ v případě nemoci, mateřství nebo nezaměstnanosti. Také dohlíží na rodinné přídatky a poskytuje dávky pro starší osoby a zdravotně postižené.¹⁰⁵

Z celého systému sociálního zabezpečení lze vymezit program na zabezpečení v nemoci následovně:

¹⁰² Stránky EUROPA - Employment and Social Affairs - Social Protection Social Inclusion [online], [cit. 2010-02-28]. Dostupné z WWW: http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/missoc_en.htm.

¹⁰³ Stránky České správy sociálního zabezpečení [online], [cit. 2010-02-28]. Dostupné z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/casopis-narodni-pojisteni/archiv-vydanych-cisel/clanky/casopis-narodni-pojisteni-c-2-2008-systemy-socialniho-zabezpeceni-v-eu---italie.htm>.

¹⁰⁴ Stránky Evropské komise [online], [cit. 2010-02-28]. Dostupné z WWW: http://ec.europa.eu/employment_social/social_security_schemes/national_schemes_summaries/ita/3_information_cs.htm.

¹⁰⁵ Stránky Angloinfo [online], [cit. 2010-02-28]. Dostupné z WWW: <http://italy.angloinfo.com/countries/italy/socsecurity.asp>.

- pojištění v nemoci a v mateřství (včetně tuberkulózy),
- pojištění pro případ pracovních úrazů a nemocí z povolání,¹⁰⁶
- zdravotní pojištění.

Systém sociálního pojištění v Itálii je tvořen nemocenským, důchodovým, úrazovým pojištěním, pojištěním v nezaměstnanosti a rodinnými příspěvky.¹⁰⁷

Jako v případě Slovenska, i zde je pojištění pro případ pracovních úrazů součástí systému sociálního pojištění a kromě toho sem spadají i rodinné příspěvky, čímž se Itálie liší od obou zemí.

Co se týče příspěvků na sociální zabezpečení, u zaměstnanců se počítají tak, že na odměny vyplacené za každé platební období se použijí sazby stanovené zákonem a ty se mění podle činnosti podniku (např. průmysl, obchod aj.) či kvalifikace zaměstnanců.

Ke stanovení zdanitelného základu pro výpočet příspěvků je za odměnu¹⁰⁸ považováno vše, co zaměstnanec dostane od zaměstnavatele a to jak v peněžitě, tak v nepeněžitě formě.¹⁰⁹ Podniky musí pak příspěvky hradit každý měsíc pomocí formuláře.

U OSVČ se příspěvky počítají ze součtu všech profesních příjmů, které byly přiznány pro daň s příjmů fyzických osob za rok, ke kterému se příspěvek vztahuje. Zvláštní podmínky platí pro farmáře či zemědělce, u kterých se odvody snižují např. v důsledku vlastnictví půdy v horách.

Dobrovolně pojištěná osoba, je např. pojištěnec, který ukončil svoji profesní závislou či jinou činnost. V tomto případě se může osoba pojistit, na základě povolení, které získá při splnění podmínky minimálního pětiletého pojištění v dřívějším zaměstnání.

Itálie také zavedla systém fiktivních příspěvků, kdy mohou být připsány příspěvky i člověku, který je neuhradil. Tyto příspěvky pak napomáhají při dosažení nároku na důchod a jsou připisovány např. za vojenskou službu, nezaměstnanost, nemoc a pracovní úraz atd.

¹⁰⁶ Pozn. v rámci rozsahu je diplomová práce zaměřena spíše na analýzu dávek nemocenského pojištění

¹⁰⁷ GALOSSO, V. The political future of social security in aging societies. United states: Mit Press LTD, 2008. 280 s. ISBN 978-0-262-57246-0.

¹⁰⁸ Pozn. nesmí být nižší, než spodní hranice stanovená pro kategorii, do které pracovník patří

¹⁰⁹ Stránky České správy sociálního zabezpečení [online], [cit. 2010-02-28]. Dostupné z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/casopis-narodni-pojisteni/archiv-vydanych-cisel/clanky/casopis-narodni-pojisteni-c-2-2008-systemy-socialniho-zabezpeceni-v-eu---italie.htm>.

3.3.1 Nemocenské pojištění

Ačkoliv všechny členské země EU a většina dalších ekonomicky rozvinutých zemí světa, čelí neúměrnému nárůstu počtu důchodců (viz příloha č. 4) vzhledem k počtu osob v ekonomicky aktivním věku, v Itálii je tento fenomén navíc komplikován řadou dalších faktorů. Ty jsou spojeny s extrémně nízkou porodností v zemi a s řadou specifík italského sociálního systému. Proto se veškeré reformy systému sociálního zabezpečení omezily spíše na oblast důchodového pojištění, která naposledy prošla změnou v roce 2007.

Nárok na dávky z nemocenského pojištění, poskytované italskými institucemi sociálního zabezpečení, mají všichni pracovníci pracující na území Itálie, ovšem musí být povinně zaměstnavatelem zaregistrováni u INPS.

Celková sazba pojistného na sociální pojištění pro jednotlivé kategorie je následující:

- zaměstnavatelé – 32 % až 38 % z hrubého výdělku podle odvětví, (z toho 2,68 % na nemocenské pojištění),
- zaměstnanci – 10 % z hrubých mezd podle odvětví,
- OSVČ – 25,72 % z ročního příjmu (z toho 0,72 % na nemocenské pojištění).¹¹⁰

OSVČ má nárok na dávky z nemocenského pojištění, ale musí se povinně zaregistrovat u INAIL v místě svého podnikání. Výše odvodů na pojištění se následně složitě vyčísľuje v závislosti na výši předchozího ročního příjmu.¹¹¹

Dávky ze systému nemocenského pojištění nepodléhají daňové povinnosti a jsou následující

- nemocenské,
- dávky v mateřství, otcovství a rodičovská péče,
- dávky v případě tuberkulózy a dávky v invaliditě.

Na rozdíl od ČR a Slovenska, je v Itálii místo ošetrovného a vyrovnávacího příspěvku v mateřství a těhotenství poskytována dávka v invaliditě, pro případ tuberkulózy a dávka pro rodičovskou péči.

¹¹⁰ Stránky Istituto Nazionale Previdenza Sociale [online], [cit. 2010-02-29]. Dostupné z WWW: <http://www.inps.it/newportal/default.aspx?sID=%3b0%3b4725%3b&lastMenu=4739&iMenu=1&itemDir=4801&ServSubAction=12&Item=4791&sLastRic=malattia+e+maternit%C3%A0>.

¹¹¹ Stránky Istituto Nazionale Previdenza Sociale [online], [cit. 2010-02-29]. Dostupné z WWW: <http://www.inps.it/newportal/default.aspx?sID=%3b0%3b4725%3b&lastMenu=4739&iMenu=1&itemDir=4801&ServSubAction=12&Item=4791&sLastRic=malattia+e+maternit%C3%A0>.

3.3.1.1 Nemocenské

Zaměstnanec a OSVČ mají nárok na nemocenskou v případě, že byli pro nemoc uznáni za dočasně práce neschopnými pro výkon výdělečné činnosti nebo jim byla nařízena karanténa.

Karenční doba trvá tři dny a od čtvrtého dne je zaměstnanci placeno nemocenské, na základě lékařského potvrzení, které je vydáno lékařem a zasláno na ústředí INPS.

Nemocenské dávky platí ve výjimečných případech přímo INPS¹¹², jinak dávky běžně poskytuje zaměstnavatel, který je poté vyžaduje od INPS.

U mnohých pracovních smluv je nastaveno, že zaměstnavatel platí mzdu v období karenční doby a následně po dobu pobírání nemocenské ještě vyplácí rozdíl mezi mzdou a nemocenským.¹¹³

Výše dávky, pro většinu kategorií zaměstnanců, činí 50% celkové průměrné denní mzdy za prvních dvacet dní dočasné pracovní neschopnosti a od 21. dne se navýší na 66,66%,¹¹⁴ ovšem v případě stejné nemoci nebo relapsu.¹¹⁵ Maximální hrazená doba trvá 180 dní za kalendářní rok, ale opět existují další omezení týkající se pracovníků na dobu určitou.

Pro jasnou představu celkových výdajů vyplacených na nemocenské v Itálii slouží tabulka č. 3.9. Údaje jsou vypočteny podle stejného principu, jako tomu bylo u předchozích dvou zemí.

Tab. 3.9 Výdaje na nemocenskou v letech 2006 – 2009 v Eurech

Rok	2006	2007	2008	2009
částka (v tis.)	5 371 552	5 477 412	5 662 183	5 889 357
% podíl na HDP	0,36	0,34	0,36	0,37
na obyvatele	138,27	140,99	145,76	151,6
průměrná mzda	1 727	1 611	1 658	1 890

Zdroj: <http://www.istat.it/>, vlastní zpracování

¹¹² Pozn. v případě: nezaměstnaných, osob s pozastavenou prací (ti jenž nedostávají mzdy), pracujících v zemědělství, pracovníků v zaměstnání na základě smluv na dobu určitou na sezónní práce

¹¹³ Pozn. u white-collar employees (nemanuální zaměstnanci) je v některých případech vyplácena mzda za celé období dočasné pracovní neschopnosti

¹¹⁴ Stránky Istituto Nazionale Previdenza Sociale [online], [cit. 2010-02-29]. Dostupné z WWW: <http://www.inps.it/newportal/default.aspx?sID=%3b0%3b4725%3b&lastMenu=4739&iMenu=1&itemDir=4801&ServSubAction=12&Item=4791&sLastRic=malattia+e+maternit%C3%A0>.

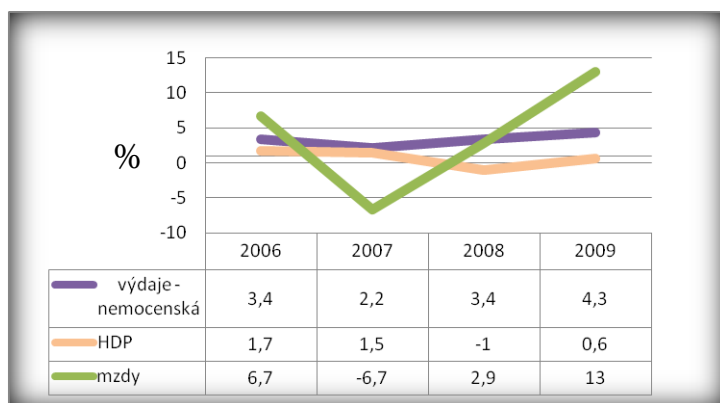
¹¹⁵ časný (např. do půl roku) či pozdní (např. po roce) návrat příznaků nemoci, která byla v klidu

Na údajích v tabulce je viditelné, že částky týkající se výdajů na nemocenské se v posledních čtyřech letech nijak výrazně nezvedaly. To je způsobeno především rostoucím procentem populace důchodového věku, na což nepřímo úměrně reaguje procento ekonomicky aktivního obyvatelstva, které je jediným příjemcem této dávky.

Díky zmíněné skutečnosti jsou výdaje na nemocenské zanedbatelnou položkou v celkovém HDP.

Pro představu procentního meziročního nárůstu HDP, průměrné mzdy a výdajů na nemocenské slouží graf. č. 3.9.

Graf 3.9 Meziroční přírůstek (pokles) HDP, průměrné mzdy a výdajů na nemocenské v letech 2006 – 2009 v %



Zdroj: <http://www.istat.it/>, vlastní zpracování a zpracování

Z grafu vyplývá, že pohyb průměrné mzdy je nejvýraznější ze všech tří sledovaných ukazatelů a jak bylo vysvětleno výše, přírůstky výdajů na nemocenské jsou viditelně vyrovnané.

3.3.1.2 Dávky v mateřství, otcovství a rodičovská péče

Na dávky v mateřství mají nárok zaměstnankyně, které musí povinně přestat pracovat dva měsíce před datem předpokládaného porodu, dále otcové, kteří ze zvláštních důvodů vykonávají práci matky (např. při úmrtí či závažném onemocnění atd.), OSVČ a zaměstnankyně, které jsou adoptivními matkami, nebo kterým byly svěřeny děti mladší šesti let.¹¹⁶

¹¹⁶ Stránky Istituto Nazionale Previdenza Sociale [online], [cit. 2010-02-29]. Dostupné z WWW: <http://www.inps.it/newportal/default.aspx?sID=%3b0%3b4725%3b&lastMenu=4739&iMenu=1&itemDir=4801&ServSubAction=12&Item=4791&sLastRic=malattia+e+maternit%C3%A0>.

Mateřská v Itálii patří mezi nejvyšší na světě. Je poskytována, na rozdíl od ČR a Slovenska, pouhé tři, nejvýše však čtyři měsíce po porodu a poskytuje ji zaměstnavatel, který si ji následně odpočítá z pojistného.

Její výše činí 80 % hrubého výdělku v povinném období a 30 % pro další období.¹¹⁷ U OSVČ je to 80 % denního výdělku za předcházejících dvanáct měsíců.¹¹⁸

V tabulce č. 3.10 jsou výdaje na mateřské uvedené i jako procentní podíl z HDP.

Tab. 3.10 Výdaje na mateřské v letech 2006 – 2009 v Eurech

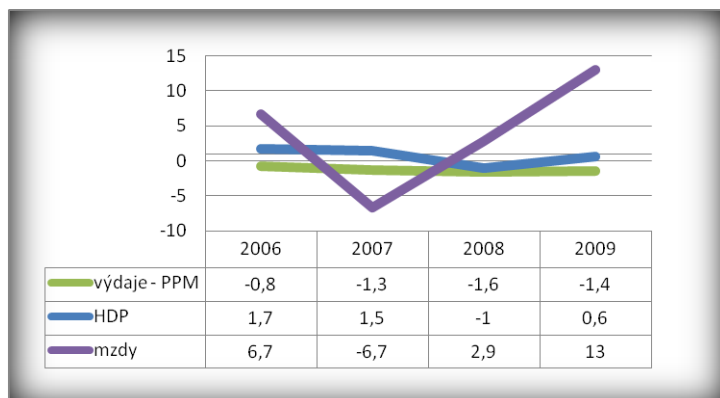
Rok	2006	2007	2008	2009
částka (v tis.)	834 038	822 774	809 369	797 552
% podíl na HDP	0,06	0,05	0,05	0,04
na ženu	43,31	42,73	42	41,42
průměrná mzda	1 727	1 611	1 658	1 890

Zdroj: <http://www.istat.it/>, vlastní zpracování

Z tabulky je zřejmé, že tyto výdaje během uvedených čtyř let nedosahují vážných výkyvů, ale přesto jsou klesající. Hlavním důvodem je, že Itálie v posledních desetiletích „trpí“ kritickým poklesem porodnosti.¹¹⁹

Pro představu procentního meziročního nárůstu HDP, průměrné mzdy a výdajů na mateřské slouží graf. č. 3.10.

Graf 3.10 Meziroční přírůstek (pokles) HDP, průměrné mzdy a výdajů na nemocenské v letech 2006 – 2009 v %



Zdroj: <http://www.istat.it/>, vlastní zpracování a zpracování

¹¹⁷ Pozn. v případě prodlužování doby z důvodu narození většího počtu dětí

¹¹⁸ Stránky EUROPA - Employment and Social Affairs - Social Protection Social Inclusion [online], [cit. 2010-02-28]. Dostupné z WWW: http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do;jsessionid=LydkJJWG2mNTJvMrcMj0QnvPzX0n0z1rnB20m4Qq1wTb6YdKyYTv!2001702855

¹¹⁹ za uvedené roky se narodilo cca 8 dětí na 1000 obyvatel v každém roce

Graf názorně prezentuje klesající tendenci porodnosti v Itálii. Podle studie měření porodnosti ve světě, se Itálie v roce 2019 dostane na úroveň šesti narozených dětí na 1000 obyvatel za rok.¹²⁰

Zaměstnaná matka i otec mají v rámci sociálního pojištění také nárok na pracovní volno před dosažením tří let věku dítěte a to dokonce i současně.

OSVČ mají nárok pouze na tři měsíce v průběhu prvního roku dítěte a jsou povinny v této době nepracovat. Dávka se rovná 30 % platu nebo smluvní odměny a náleží oběma rodičům po maximální dobu šesti měsíců.

3.3.1.3 Dávky v případě tuberkulózy

Pojištění v případě tuberkulózy je zvláštní pojistný režim, kdy se jedná o peněžité dávky, které jsou přiznané pracovníkům a členům jejich rodin, kteří onemocněli tuberkulózou. Pro nárok na tuto dávku musí pojištěný prokázat, že v celém svém profesním životě byl alespoň jeden rok pojištěn a odváděl tak příspěvky na sociální zabezpečení. Dávky se skládají z denní dávky během doby léčení, jestliže dotyčná osoba nemá nárok na celý svůj plat, dále z rekonvalescentní dávky po skončení hospitalizace a z dávky na léčení.¹²¹

3.3.1.4 Dávky v invaliditě

Další odlišnost systému nemocenského pojištění v Itálii spočívá v invalidní dávce. Nárok na ni má občan, jestliže jeho schopnost pracovat poklesla z důvodu nepříznivého zdravotního stavu o více než 33 % a minimálně pět let odváděl příspěvky na sociální zabezpečení (z toho tři roky v období pěti let před vznikem nároku na důchod). Nárok na tyto dávky se přezkoumává každé tři roky. Pokud se zdravotní stav nezlepší do třetí prohlídky (tj. šest let od první prohlídky), je invalidita uznána jako trvalá a pojištěnec pobírá dávky v invaliditě až do dosažení důchodového věku. Potom začíná při splnění zákonných podmínek pobírat starobní důchod. Při nesplnění těchto podmínek pobírá i nadále dávky v invaliditě.¹²²

¹²⁰ Stránky celysvet.cz [online], [cit. 2010-02-28]. Dostupné z WWW: <http://www.celysvet.cz/vyvoj-zmeny-v-case-porodnost?country=183>.

¹²¹ Stránky Evropské komise [online], [cit. 2010-02-28]. Dostupné z WWW: http://ec.europa.eu/employment_social/social_security_schemes/national_schemes_summaries/ita/2_01_cs.htm.

¹²² Stránky České správy sociálního zabezpečení [online], [cit. 2010-02-28]. Dostupné z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/casopis-narodni-pojisteni/archiv-vydanych-cisel/clanky/casopis-narodni-pojisteni-c-2-2008-systemy-socialniho-zabezpeceni-v-eu---italie.htm>.

3.3.2 Zdravotní pojištění

Italský systém zdravotní péče je založen na třech úrovních: národní, regionální a místní. Na národní úrovni jsou definovány základní principy národního zdravotního systému. Poskytování zdravotní péče je prostřednictvím regionálních zdravotních odborů zajišťováno na regionální úrovni. Na místní úrovni se jedná o cílené poskytování zdravotní péče přes místní zdravotní střediska, veřejné nemocnice a soukromé nemocnice. Zdravotní střediska odpovídají za zajištění primární a sekundární péče a koordinují obvodní lékaře ve své oblasti. Pod správu středisek spadají i místní veřejné nemocnice, které poskytují specializovanou nemocniční či ambulantní péči. Příjem pacientů není vázán na konkrétní region.¹²³

Peníze do zdravotního systému se od občanů získávají přes daně z příjmu, které jdou do národního rozpočtu, dále z daní, které jdou do regionálních rozpočtů, a spoluúčastí pacientů. Pacienti se podílí na platbách za diagnostická vyšetření, léky a návštěvy u specialistů. Soukromé zdravotnické služby a volně prodejně léky si pacienti hradí v plné výši. Návštěva specialisty se například hradí v celém rozsahu.

Výše spoluúčasti je pro určité skupiny osob (děti, důchodci, sociálně slabé skupiny) upravena zákonem.

3.4 KOMPARACE VYBRANÝCH ZEMÍ

Jak bylo výše popsáno, systém zabezpečení v nemoci se prakticky mezi ČR a Slovenskem neliší. Itálie však vyniká a to nejen skladbou nemocenského pojištění.

Následující srovnání jednotlivých dávek nemocenského pojištění předvede drobné i větší odlišnosti u vybraných zemí. Konečná fáze se bude týkat zhodnocení přístupů vybraných zemí a doporučení k další strategii ČR v této oblasti.

Pro každou dávku bude vytvořena tabulka, kde se promítnou všechny tři země s uvedenými základními parametry. Ty se budou týkat nároku, délky výplaty, karenční doby, výše dávky a nakonec výdajů na jednotlivé dávky (včetně procentního podílu na HDP) za rok 2009.

Z důvodu chybějících dávek jako je ošetrovné a vyrovnávací příspěvek v mateřství je Itálie zastoupena pouze dávkou v nemoci a mateřství.

¹²³ Stránky BusinessInfo [online], [cit. 2010-02-28]. Dostupné z WWW: <http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/podnikatelske-prostredi/systemy-zdravotniho-pojisteni-ve/1000520/13637/#italie>.

Tab. 3.11 **Komparace dávky v nemoci pro zaměstnance**

	ČR	Slovensko	Itálie
Nárok na dávku (ano/ne)	ano	ano	ano
Délka výplaty (základní délka)	380 kalendářních dnů	1 rok	180 dní v průběhu roku
Karenční doba (základní délka)	3 dny	0 dní	3 dny
Výše (zaměstnanci)	od 15. dne 60 %	od 11. dne 50 %	od 4. dne 50 %; od 21. dne 66,66 %
Zaměstnavatel			
• plat/mzda	náhrady mzdy 4. – 14. den	náhrada mzdy 1. – 10. den	1) mzda (v karenční době) 2) rozdíl mezi mzdou a nemocenským
• nemocenské	ne	ne	ano
Výdaje	18 214 721 (v tis. Kč)	7 245 151 (v tis. Sk)	5 889 357 (v tis. Eur)
• % podíl na HDP	0,51	0,38	0,37

Zdroj: <http://www.czso.cz/>, <http://portal.statistics.sk/showdoc.do?docid=4>, <http://www.istat.it/>, vl. zpracování

Tabulka viditelně ukazuje odlišnosti v poskytování nemocenské u všech třech zemí.

Odlišnosti se týkají v délce poskytování, kdy Itálie poskytuje dávku pouze po dobu 180 dní, na rozdíl od Slovenska a ČR, ale od 21. dne nemoci je zase shovívavější v poskytované výši. Slovensko vyniká tím, že nemá stanovenou karenční dobu a proto zaměstnavatel poskytuje náhradu mzdy od prvního dne. V ČR je dávka v nemoci poskytována nejdéle a pro prvních 20 dní dočasné pracovní neschopnosti je také nejvyšší.

Itálie se dále liší v tom, že zaměstnavatel poskytuje jak náhradu mzdy, která funguje v ČR i na Slovensku, tak i rozdíl mezi mzdou a nemocenskou v následujícím období poskytování nemocenské (stanoví-li to smlouva). Nejvýraznější odlišnost však spočívá ve vyplácení nemocenské zaměstnavatelem, který ji poté vyžaduje od INPS.

Výdaje na dávku se liší už kvůli měně, kterou každá země užívá. Při porovnání procentních podílů těchto výdajů na HDP u vybraných zemí zjišťujeme, že se ČR, se svým půl procentním podílem výdajů na HDP, stává nejtědřejší zemí v poskytování dávek v nemoci. Do této skutečnosti je však třeba započítat i existenci kritického nárůstu obyvatel v důchodovém věku v Itálii a poloviční množství obyvatelstva na Slovensku.

Tab. 3.12 Komparace dávky v mateřství pro zaměstnankyně

	ČR	Slovensko	Itálie
Nárok na dávku (ano/ne)	ano	ano	ano
Délka výplaty (základní délka)	28 týdnů	28 týdnů	cca 18 týdnů
Karenční doba (základní délka)	0 dní	0 dní	0 dní
Výše (zaměstnanci)	60 % DVZ	55 % DVZ	80 % v povinné době; 30% zbývající dobu
Zaměstnavatel • plat/mzda	ne	ne	ne
• mateřské	ne	ne	ano (náhrada je pomocí odpočtu z pojistného)
Výdaje	7 084 390 (v tis. Kč)	2 046 550 (v tis. Sk)	797 552 (v tis. Eur)
• % podíl na HDP	0,2	0,12	0,04

Zdroj: <http://www.czso.cz/>, <http://portal.statistics.sk/showdoc.do?docid=4>, <http://www.istat.it/>, vl. zpracování

Opět lze vidět drobné odlišnosti v poskytování peněžité dávky v mateřství pro zaměstnankyně v jednotlivých zemích.

ČR a Slovensko se liší pouhými pěti procenty ve výši poskytované dávky, což se kromě jiných skutečností odrazilo i na celkových výdajích vynaložených na tuto dávku pro rok 2009.

Itálie má celý systém poskytování dané dávky nastavený zcela odlišně. Počet týdnů, po které mateřskou poskytují je sice výrazně nižší než u nás a Slovenska, ale tuto skutečnost zase bohatě vykompenzují její výší. Jak již bylo zmíněno u deskripce zabezpečení v nemoci v Itálii, její dávka v mateřství je skoro nejvyšší na světě.

Zásadní odlišnost Itálie od nás a Slovenska spočívá ale v samotném smyslu poskytování mateřské. Zatímco na Slovensku jsou mateřské poskytovány prostřednictvím příslušné pojišťovny, v Itálii dávku vyplácí zaměstnavatel, který si vynaložené výdaje následně odpočítá z placeného pojistného na sociální pojištění.

Tento postup je jedním z typických prvků reprezentující složitý a nepřehledný italský systém zabezpečení v nemoci.

Tab. 3.13 **Komparace ošetřovného a VPTM pro zaměstnankyně**

	OŠETŘOVNÉ		VPTM	
	ČR	Slovensko	ČR	Slovensko
Nárok na dávku (ano/ne)	ano	ano	ano	ano
Délka výplaty (základní délka)	6 kal. dnů	10 kal. dnů	cca 1 rok	cca 1 rok
Karenční doba (základní délka)	3 dny	0 dní	0 dní	0 dní
Výše (zaměstnanci)	60 % DVZ	55 % DVZ	rozdíl DVZ při převedení a Ø příjmů na 1 kal. den po převodu	55 % rozdílu mezi VZ a VZ, z kterého platí pojistné
Zaměstnavatel				
• plat/mzda	ne	ne	ne	ne
• ošetřovné/VPTM	ne	ne	ne	ne
Výdaje (v tis. Kč/Sk)	729 070	247 124	5 170	1 467
• % podíl na HDP	0,02	0,01	$1,46 \cdot 10^{-4}$	$7,69 \cdot 10^{-5}$

Zdroj: <http://www.czso.cz/>, <http://portal.statistics.sk/showdoc.do?docid=4>, vl. zpracování

Z důvodu neexistence ošetřovného a VPTM v Itálii, je pro tyto dvě dávky srovnatelná jen ČR a Slovensko.

Co se týče rozdílů u ošetřovného, tak stejně jako u peněžité dávky v nemoci, Slovensko nemá nastavenou karenční dobu. I přes tuhle skutečnost, poskytuje ošetřovné o čtyři dny déle, než je tomu v ČR. Výše poskytované dávky však zase činí o pět procent méně než v ČR, což by mohlo z části kompenzovat chybějící karenční lhůtu systému či prodlouženou dobu poskytování. Typickým prvkem komparace jsou sice vyšší náklady vydané na ošetřovné v ČR, ale v konečné fázi jsou si obě země velmi podobné co do procentního podílu výdajů na HDP, a to u všech zmíněných dávek.

V případě VPTM se ČR a Slovensko od sebe nikterak drasticky neliší. Jediná neshoda, kromě výdajů na dávku, je v její poskytované výši. Zatímco Slovensko poskytuje 55 % rozdílu mezi vyměřovacím základem v době převedení na jinou práci a vyměřovacím základem, ze kterého se platí pojistné, ČR poskytuje rozdíl DVZ, při převedení na jinou práci a průměru započitatelných příjmů na jeden kalendářní den po tomto převedení.

4 ZHODNOCENÍ PŘÍSTUPŮ VYBRANÝCH ZEMÍ A DOPORUČENÍ K DALŠÍ STRATEGII ČR V TÉTO OBLASTI

V rámci této kapitoly souhrnně ohodnotím přístupy vybraných zemí k dané problematice a navrhnou postup k další strategii ČR v této oblasti.

ČR je jednou ze zemí, která má vhodně propracovaný a poměrně štedrý systém zabezpečení v nemoci, což vyplývá ze vzájemného srovnání všech třech zemí.

Kladem systému je jeho komplexnost a přehlednost pro širokou veřejnost. Mezi závažné nedostatky patří především absence úrazového pojištění v systému sociálního zabezpečení. V současné době sice platí zákonné pojištění odpovědnosti zaměstnavatelů za škodu, které spočívá na principu náhrady škody za pracovní úrazy a nemoci z povolání, ale je prováděno pouze dvěma pojišťovnami, které tímto staví do pozice monopolu. Úprava existujícího zákona o úrazovém pojištění zaměstnanců, kdy se přenáší odpovědnost za provádění tohoto pojištění na stát, měla původně nabýt účinnosti od 1. ledna tohoto roku, ale byla odloženo předběžně až na rok 2013.

Za další drobný nedostatek považuji i dobrovolnou účast OSVČ na nemocenském pojištění, protože díky tomu mají, na základě přihlášky, nárok jen na peněžitou dávku v nemoci a mateřství.

Co se týče přístupu ČR k jednotlivým dávkám nemocenského pojištění, tak správným krokem bylo zavedení regulačního opatření, kdy došlo ke snížení výdajů za nemocenské o více než 6,5 miliardy korun. Opatření zahrnuje nejen karenční období, tedy účast pojištěnce pro první 3 dny nemoci, ale i spoluúčast zaměstnavatele do konce 14. dne nemoci. Celkově sice došlo k prodloužení průměrného trvání pracovní neschopnosti, ale za to se radikálně snížil počet vzniklých pracovních neschopností. Ze srovnání také vyplynulo, že i přes zavedené regulační opatření je v ČR dávka v nemoci poskytována nejdéle a pro prvních 20 dní dočasné pracovní neschopnosti je také nejvyšší.

Pozitivní stránkou je také ponechání vyrovnávacího příspěvku v mateřství a těhotenství, protože chrání budoucí i současné matky před zdraví škodlivou či náročnou prací. Kladně hodnotím i stanovení karenční doby u ošetrovného a možnost vystřídání oprávněných osob v dané situaci. Karenční doba snížila výdaje na tuto dávku ze státního rozpočtu a vystřídání oprávněných osob umožnilo podílet se na ošetrování dítěte.

Při celkovém zhodnocení, lze říci, že za poslední dva roky ČR udělala v problematice zabezpečení v nemoci velký krok dopředu, čímž se zase o kousek přiblížila vyspělým zemím EU.

Systém zabezpečení v nemoci na Slovensku má sice velmi podobnou skladbu jako v ČR, ale i zde existují významné odlišnosti.

Za klad považují zavedení úrazového pojištění do systému sociálního pojištění. To vstoupilo v platnost v roce 2004 a nahradilo tak zákonné pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu a nemoci z povolání. Dále kladně hodnotím i povinné pojištění OSVČ. Ty se musí účastnit nemocenského pojištění v případě, že jejich příjem z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti byl vyšší než 12 násobek vyměřovacího základu. Tato povinná účast OSVČ garantuje nárok na všechny dávky nemocenského pojištění s výjimkou dávky vyrovnávací.

Peněžité dávky v nemoci, od reformy v roce 2004, vyplácejí zaměstnancům v prvních 10 dnech zaměstnavatelé a teprve od 11. dne dočasné pracovní neschopnosti Sociální pojišťovna. U OSVČ je nemocenská vyplácena od prvního dne. Nepříznivě hodnotím chybějící 3 dny karenční doby při vyplácení nemocenské zaměstnancům. Zapojení zaměstnavatelů od prvního dne nemoci mělo sice snížit zneužívání nemocenských dávek a zároveň nákladnost systému, ale na druhou stranu toto opatření může vést ke zvýšení nezaměstnanosti.

I při chybějící karenční době u ošetřovného, je dávka poskytována po dobu deseti dnů, což představuje velký rozdíl od ČR, kde je vyplácena pouze šest dní. V případě mateřské Slovensko poskytuje o 5 % méně než je tomu v ČR, kde tato dávka byla pro loňský rok ještě o celých deset procent vyšší.

V celkovém hodnocení lze říci, že slovenský systém je někdy štedřejší než ten český, ale to je způsobeno rozdílným financováním sociálního pojištění, které je zcela odděleno od státního rozpočtu a v posledních letech se nepohybuje v deficitu.

V Itálii je celý systém zabezpečení v nemoci velmi nepřehledný a složitý. S výjimkou zdravotní péče, není organizován podle jednoho univerzálního kritéria. Pro každou oblast existuje zvláštní správa, která je zodpovědná za vybírání příspěvků a poskytování dávek. Nepřehlednost spočívá hlavně v zástupu institucí, které se starají o pojištění OSVČ. Sazby na pojistné se mění podle činnosti podniků a jejich složité vyčíslování záleží na výši

předcházejícího příjmu. Opět kladně hodnotím existenci úrazového pojištění a pro případ Itálie i fiktivní příspěvky, které mohou být připsány i člověku, který je neuhradil.

I zde má OSVČ nárok na dávky z titulu nemocenského pojištění, jelikož se musí povinně zaregistrovat u příslušné pojišťovny.

Zcela nesrozumitelně je poskytována peněžitá dávka v nemoci, jejíž celkový systém hodnotím negativně. Je pro ni sice nastavena karenční doba, ale u některých smluv dochází k tomu, že už v průběhu karenční doby zaměstnavatel poskytuje mzdu a následně pak rozdíl mezi mzdou a nemocenskou. I samotnou nemocenskou vyplácí zaměstnavatel, který ji zpětně vyžaduje u pojišťovny.

Peněžitá pomoc v mateřství je sice jedna z nejvyšších na světě, ale je vyplácena jen po dobu tří, maximálně čtyř měsíců. V případě této dávky upřednostňuji spíše delší dobu poskytování při standardní výši. Opět se zde setkáváme se zbytečně složitým procesem poskytování, kdy mateřskou vyplácí zaměstnavatel a následně si ji odpočítává od pojistného.

Itálie neposkytuje v systému nemocenského pojištění ošetrovné, ani vyrovnávací příspěvek v mateřství a těhotenství. To představuje negativum v oblasti ochrany budoucích matek před zdraví škodlivou či náročnou prací.

Při závěrečném zhodnocení lze dodat, že si Itálie v oblasti zabezpečení v nemoci nevede nejlépe a to především z důvodu její nepřehlednosti a složitého fungování.

Kritéria pro srovnání jednotlivých dávek nemocenského pojištění mezi vybranými zeměmi byla následující:

- nárok na dávku;
- délka výplaty;
- karenční doba;
- výše dávky;
- náhrada mzdy od zaměstnavatele;
- výdaje na dávku (ze státního rozpočtu, z rozpočtu pojišťovny);
- procentní podíl výdajů na HDP.

Kromě výše uvedených kritérií se komparace týkala i celého chodu systému zabezpečení v nemoci, zařazením jednotlivých pojištění a jmenovaných dávek.

Mé doporučení pro oblast zabezpečení v nemoci v ČR, je urychlit zařazení úrazového pojištění do systému sociálního zabezpečení. To odstraní monopol dvou pojišťoven v provádění zákonného pojištění a využije prostředky na prevenci a rehabilitaci.

Dále by nebylo vhodné, s nastupující vládou, rušit prvky regulačního opatření, které by mohly vést ke zbytečnému zatěžování státního rozpočtu, ale naopak tuto oblast nadále posilovat.

Příhodné by bylo zavedení povinného nemocenského pojištění OSVČ s úpravami podle jejich výše výděлку, protože se to osvědčilo jak na Slovensku, tak v Itálii. Při odvodech pojistného na nemocenské pojištění u OSVČ by došlo k dalšímu odlehčení státního rozpočtu. Tento krok by však musel být dobře ošetřen, a to jak v legislativní oblasti, tak i v oblasti kontrol.

V případě naprostého odstranění výdajů ze státního rozpočtu na zabezpečení v nemoci, by tuto oblast neměla spravovat okresní správa sociálního zabezpečení, resp. orgán státní správy, ale příslušná pojišťovna, jako tomu je na Slovensku a v Itálii. To by odstranilo část povinných výdajů na sociální zabezpečení ze státního rozpočtu a ušetřené prostředky by mohly být využity pro oblast rozvojových projektů, infrastruktury či vědy a výzkumu.

V budoucnu by mohlo dojít k navýšení mateřské či poskytování příspěvků k mateřské. Každá matka by mohla dostat adekvátní příspěvek na dítě, které by se dožilo stanového počtu dní. To by více motivovalo k zakládání či rozšiřování rodin, jelikož problém stárnoucí populace se netýká jen vybraných států, ale celého světa.

Avšak veškerý základ pro jakékoli změny týkající se zabezpečení v nemoci či jiných oblastí spočívá především v konsensu politických stran a v respektování názorů odborníků a veřejnosti.

5 ZÁVĚR

V současnosti probíhají mezi politiky i v širší veřejnosti rozsáhlé diskuse, jak dále organizovat ve společnosti sociální politiku. Na celou diskusi výrazně působí i úroveň a způsoby řešení těchto otázek v zemích EU. Minulé totalitní období neúměrně zvýšilo roli státu v této oblasti a dnes je velmi obtížné tuto desetiletími budovanou roli státu měnit. Proto nové návrhy nemohou jen bourat minulý systém, ale citlivě navrhnout a prosadit nový systém a s tím spojenou i novou administrativu.

Celý systém sociální politiky a především sociálního zabezpečení v České republice prochází zásadní rekonstrukcí. Zavedený systém by měl posilovat především snahu jednotlivce a členů domácnosti o zabezpečení svých potřeb vlastními silami a preferovat adresné sociální dávky.

Diplomová práce byla zaměřena na programy zabezpečení v nemoci ve vybraných zemích EU.

Cílem práce bylo analyzovat přístupy vybraných zemí k programům zabezpečení v nemoci, provést komparaci a následně pomocí celkového zhodnocení doporučit České republice další strategii v této oblasti.

Teoretické část práce se týkala charakteristiky sociálního zabezpečení a rozboru oblasti zabezpečení v nemoci v rámci EU. Tato kapitola vedla k pochopení problematiky a umožnila přístup k základním informacím, které byly podstatné pro následnou analýzu a komparaci.

Srovnání programů zabezpečení v nemoci bylo provedeno na příkladu vybraných zemí, tj. Česká republika, Slovensko a Itálie. Česká republika byla vybrána kvůli doplnění informací o systému sociálního zabezpečení a přesněji pak o zabezpečení v nemoci. Důvod výběru Slovenska byl zájem o to, jak odlišný je jejich dnešní program zabezpečení v nemoci po osmnácti letech zániku České a Slovenské Federativní Republiky. Itálie byla vybrána jednak proto, že je třetím nejbohatším státem Evropy a jedním ze států, které zakládaly EU, ale také kvůli zjištěným informacím a nenapodobitelnému chodu celého systému sociálního zabezpečení.

Analýzou přístupů ke konstrukci programů zabezpečení v nemoci v uvedených zemích a následným srovnáním bylo zjištěno, že velmi vhodné bylo přijetí regulačního opatření v ČR a to nejen z pohledu vynaložených výdajů na dávky nemocenského pojištění. Kromě toho, že došlo k prudkému snížení výdajů, což je jeden ze zásadních kroků pro nutné odlehčení

státního rozpočtu, se ČR posunula do rovin jednoduššího srovnání se zeměmi EU a nepochybně se přiblížila i státům s vyspělými ekonomikami.

Z celkového zhodnocení nejhůře dopadla Itálie, jejíž systém zabezpečení v nemoci je natolik nepřehledný a složitý, že běžná veřejnost, neznalá souvislostí se v něm může jen těžko orientovat. Jejich problémem je však nadměrně rychle stárnoucí populace, proto se veškeré snahy o reformy orientují na důchodové pojištění.

Slovenský systém je nejúspěšnější z porovnávaných zemí jen díky způsobu správy oblasti zabezpečení v nemoci. Je totiž zcela oddělena od státního rozpočtu a proto ho také nikterak nezatěžuje. V jejich případě je pak možné u některých dávek vynechávat karenční dobu a prodlužovat dobu poskytování.

ČR dopadla nejlépe v oblasti skladby jednotlivých dávek. Nastavení karenční doby, snížení výše dávek a celkové zpřísnění pravidel je totiž jedinou možností, jak zabránit častému zneužívání dávek a nadměrnému zatížení státního rozpočtu.

Hypotéza se potvrdila částečně. Systém zabezpečení v nemoci v České republice je jen z části srovnatelný se systémem na Slovensku. Přístup k jednotlivým dávkám poskytovaným v rámci systému zabezpečení v nemoci je velmi podobný, ale patrná odchylka souvisí se správou, kdy na rozdíl od českého není slovenský systém napojen na státní rozpočet. Předpoklad výrazně odlišného italského systému od České republiky byl potvrzen.

Na základě zjištěných výsledků je doporučováno urychlit zařazení úrazového pojištění do systému sociálního zabezpečení, což by odstranilo monopol dvou pojišťoven v provádění zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu. Dále je doporučeno zavést povinné pojištění osob samostatně výdělečně činných, jejichž odvody mohou z části odlehčit státní rozpočet a v budoucnu navýšit mateřské či poskytovat příplatky k mateřské, což by více motivovalo k zakládání či rozšiřování rodin, jelikož problém stárnoucí populace se týká celého světa. Poslední návrh souvisí s odstraněním části povinných výdajů ze státního rozpočtu na oblast sociálního zabezpečení tím, že by program zabezpečení v nemoci spravovala příslušná pojišťovna, jako je tomu na Slovensku a v Itálii. To by opět, i když jen nepatrně, snížilo zatížení státního rozpočtu.

Pro všechny návrhy je však zapotřebí, aby politické strany dosáhly konsensu a to alespoň pro oblast efektivnějšího nakládání se státním rozpočtem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Bibliografie

- [1] FACHINELLI, H. *Ekonomika sociálního zabezpečení*. Ostrava: VŠB –TUO, Ekonomická fakulta, 2006. 149 s. (studijní opora)
- [2] GALOSSO, V. *The political future of social security in aging societies*. United states: Mit Press LTD, 2008. 280 s. ISBN 978-0-262-57246-0.
- [3] CHVÁTALOVÁ, I. *Peněžité dávky v nemoci a v mateřství v Evropské unii*. Praha: LINDE s. r. o., 2003. 110 s. ISBN 80-86131-45-9.
- [4] KREBS, V. *Sociální politika*. Praha: ASPI, 2007. 503 s. ISBN 978-80-7357-276-1.
- [5] NOVOTNÁ, E., Rišňovský, L'. *Komentár k zákonu o sociálnom poistení*. In: Rievajová, E. a kol. *Sociálne zabezpečenie*. Bratislava: Sprint, 2006. 60 s. ISBN 80-89085-62-8.
- [6] POTUČEK, M. *Sociální politika*. 1 vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. 142 s. ISBN 80-85850-01.
- [7] RIEVAJOVÁ, E. *Sociálne zabezpečenie*. Bratislava: Ekonóm, 2008. 234 s. ISBN 978-80-225-2545-9.
- [8] STANEK, V. a kol. *Sociálna politika*. Bratislava: Ekonóm, 2004. 498 s. ISBN 80-225-1881-6.
- [9] TROSTER, P. a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 4. vyd. Praha: C. H. Beck, 2008. 370 s. ISBN 978-80-7400-032-4.

Nařízení

- [10] Nařízení č. 1408/71 EHS o aplikaci systémů sociálního zabezpečení na osoby zaměstnané, samostatně výdělečně činné a jejich rodinné příslušníky pohybující se v rámci Společenství.
- [11] Nařízení č. 574/72 EHS stanovující postup provádění nařízení č. 1408/71 EHS.
- [12] Nařízení č. 859/2003 ES, kterým se rozšiřuje používání ustanovení nařízení č. 1408/71 EHS a č. 574/72 EHS.

Elektronické zdroje:

- [12] Stránky Angloinfo [online], [cit. 2010-02-28]. Dostupné z WWW: <http://italy.angloinfo.com>.

- [13] Stránky Businesscenter.cz [online], [cit. 2010-02-15]. Dostupné z WWW: <http://business.center.cz>.
- [14] Stránky BusinessInfo.cz – oficiální portál pro podnikání a export [online], [cit. 2010-01-20]. Dostupné z WWW: <http://www.businessinfo.cz>.
- [15] Stránky České správy sociálního zabezpečení [online], [cit. 2010-01-15]. Dostupné z WWW: <http://www.cssz.cz>.
- [16] Stránky EUROPA - Employment and Social Affairs - Social Protection Social Inclusion [online], [cit. 2010-02-28]. Dostupné z WWW: <http://ec.europa.eu>.
- [17] Stránky European Commission: Mutual Information System on Social Protection – info 01/2008: *Social Protection in The Member States of the European Union, of the European Economic Area and in Switzerland*. [online], [cit. 2010-01-20]. Dostupné z WWW: http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/missoc_en.htm.
- [18] Stránky Evropské komise [online], [cit. 2010-01-20]. Dostupné z WWW: http://ec.europa.eu/index_cs.htm.
- [19] Stránky Istituto Nazionale Previdenza Sociale [online], [cit. 2010-02-29]. Dostupné z WWW: <http://www.inps.it>.
- [20] Stránky Migračního informačního centra [online], [cit. 2010-02-26]. Dostupné z WWW: <http://mic.iom.sk/sk/socialne-veci/socialne-zabezpecenie>.
- [21] Stránky Ministerstva práce a sociálních věcí. *Historie*. [online]. 2009, [cit. 2010-02-15]. Dostupný na WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/535>.
- [22] Stránky Národního referenčního centra [online], [cit. 2010-01-20]. Dostupné z <http://www.nrc.cz>.
- [23] Stránky Social Security Programs Throughout the World [online], [cit. 2010-01-15]. Dostupné z WWW: <http://www.socialsecurity.gov>.
- [24] Stránky Sociálne poisťovne [online], [cit. 2010-02-26]. Dostupné z WWW: <http://www.socpoist.sk>.
- [25] Stránky Ústredného portálu verejnej správy Slovenskej republiky [online], [cit. 2010-02-28]. Dostupné z WWW: <http://portal.gov.sk>.
- [26] Stránky Všeobecné zdravotní pojišťovny [online], [cit. 2010-01-20]. Dostupné z WWW: <http://www.vzp.cz>.
- [27] Stránky World Health Organization [online], [cit. 2010-01-15]. Dostupné z WWW: <http://www.who.int/en>.

SEZNAM ZKRATEK

DRG	- Diagnosis Related Group
ČR	- Česká republika
EHS	- Evropské hospodářské společenství
ES	- Evropské společenství
EU	- Evropská unie
HDP	- Hrubý domácí produkt
INPS	- Istituto Nazionale di Previdenzo Sociale
Kč	- Koruna česká
OSVČ	- osoba samostatně výdělečně činná
PPM	- peněžitá pomoc v mateřství
Sb.	- sbírky
Sk	- Korun slovenská
SSN	- Servizio Sanitario Nazionale
VPTM	- vyrovnávací příspěvek v mateřství a těhotenství
WHO	- World Health Organization

PROHLÁŠENÍ O VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Prohlašuji, že

- jsem byla seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo;
- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, diplomovou práci užít (§ 35 odst. 3);
- souhlasím s tím, že diplomová práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO a jeden výtisk bude uložen u vedoucího diplomové (bakalářské) práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o diplomové práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- bylo sjednáno, že užít své dílo, diplomovou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne 30. 4. 2010

.....
Bc. Kristýna Poledňáková
jméno a příjmení studenta

Adresa trvalého pobytu studenta:

Velehradská 3064, 767 01 Kroměříž

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Sociální zabezpečení v České republice

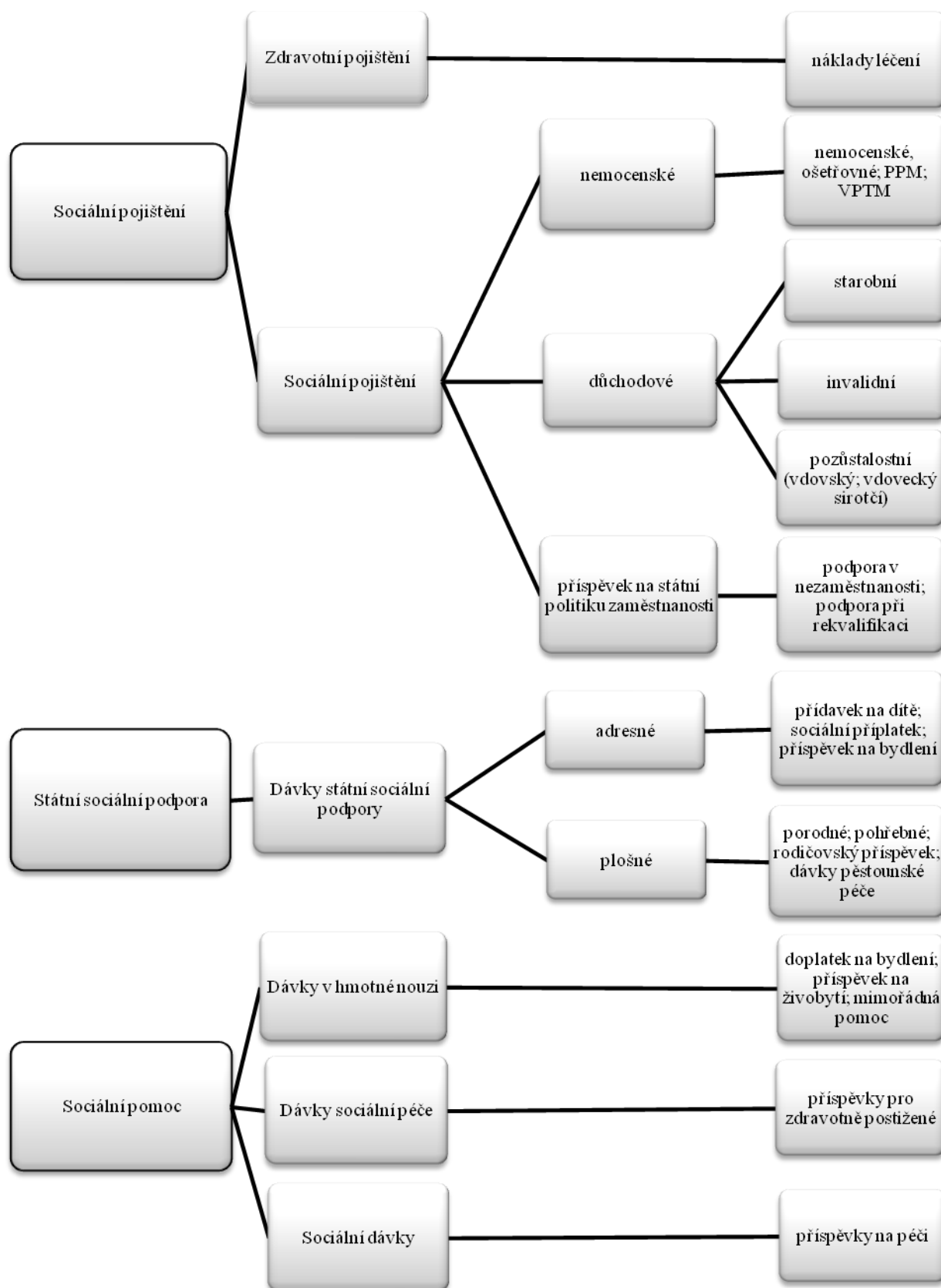
Příloha č. 2: Struktura denního vyměřovacího základu v ČR

Příloha č. 3: Sociální zabezpečení na Slovensku

Příloha č. 4: Vývoj podílu osob ve věku nad 65 let

Příloha č. 1

Sociální zabezpečení v České republice



Zdroj: <http://www.mpsv.cz>, vlastní zpracování

Příloha č. 2

Struktura denního vyměřovacího základu v ČR

Denní vyměřovací základ se zjistí tak, že se započitatelný příjem zúčtovaný zaměstnanci v rozhodném období (zpravidla období 12 kalendářních měsíců před kalendářním měsícem, ve kterém vznikla pracovní neschopnost) dělí počtem „započitatelných“ kalendářních dnů připadajících na toto rozhodné období.

Takto stanovený průměrný denní příjem podléhá redukci, která se provede tak, že:

- do částky první redukční hranice se počítá 90%;
- z částky nad první redukční hranici do druhé redukční hranice se počítá 60%;
- z částky nad druhou redukční hranici do třetí redukční hranice se počítá 30% a
- k částce nad třetí redukční hranici se nepřihlíží.

Výši redukčních hranic platných od 1.1. kalendářního roku vyhlašuje Ministerstvo práce a sociálních věcí ve Sbírce zákonů sdělením.

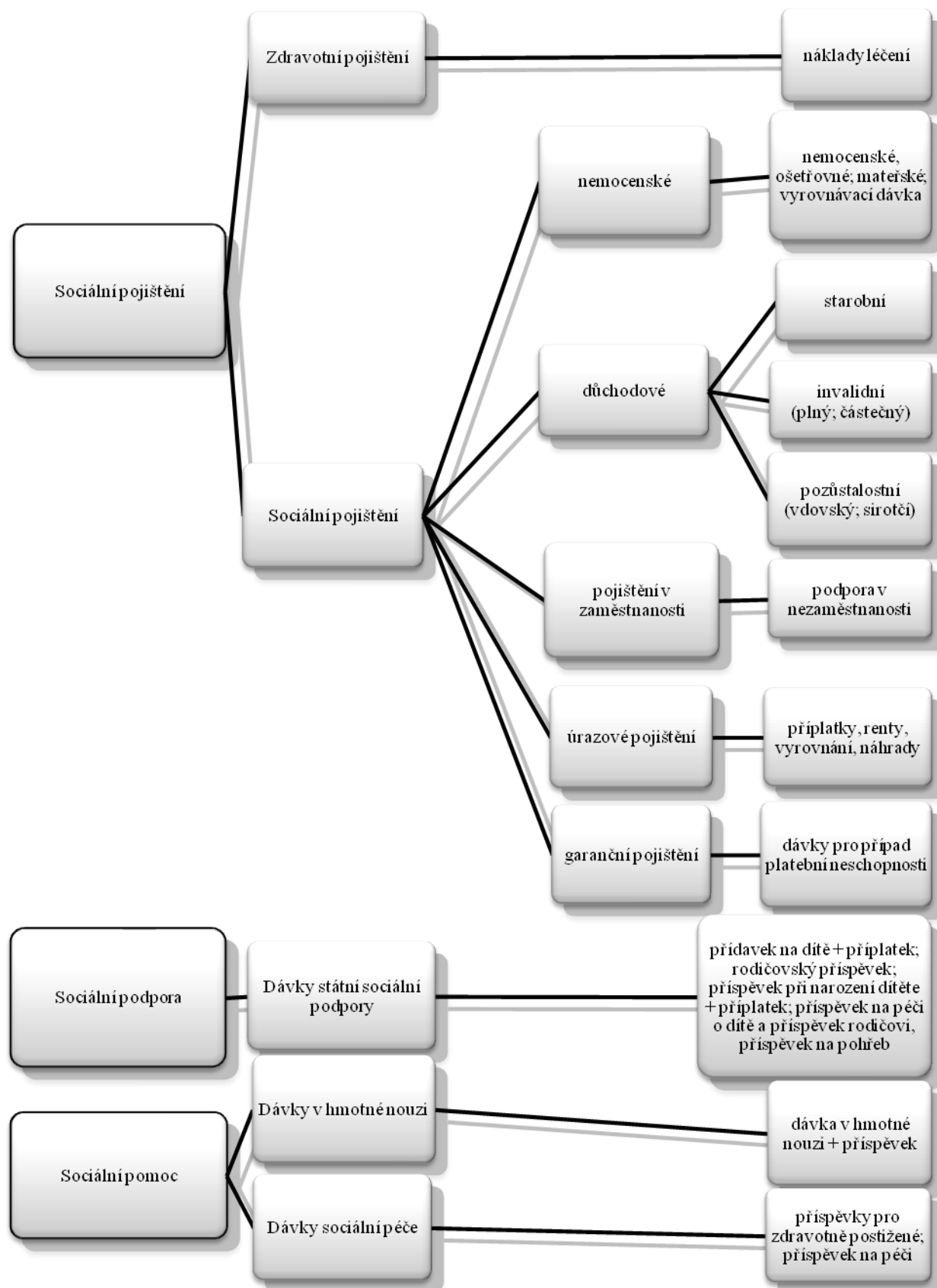
Redukční hranice od 1. 1. 2010 činí:

	Částka v Kč
1. redukční hranice	791
2. redukční hranice	1 186
3. redukční hranice	2 371

Zdroj: <http://www.cssz.cz>, vlastní úprava

Příloha č. 3

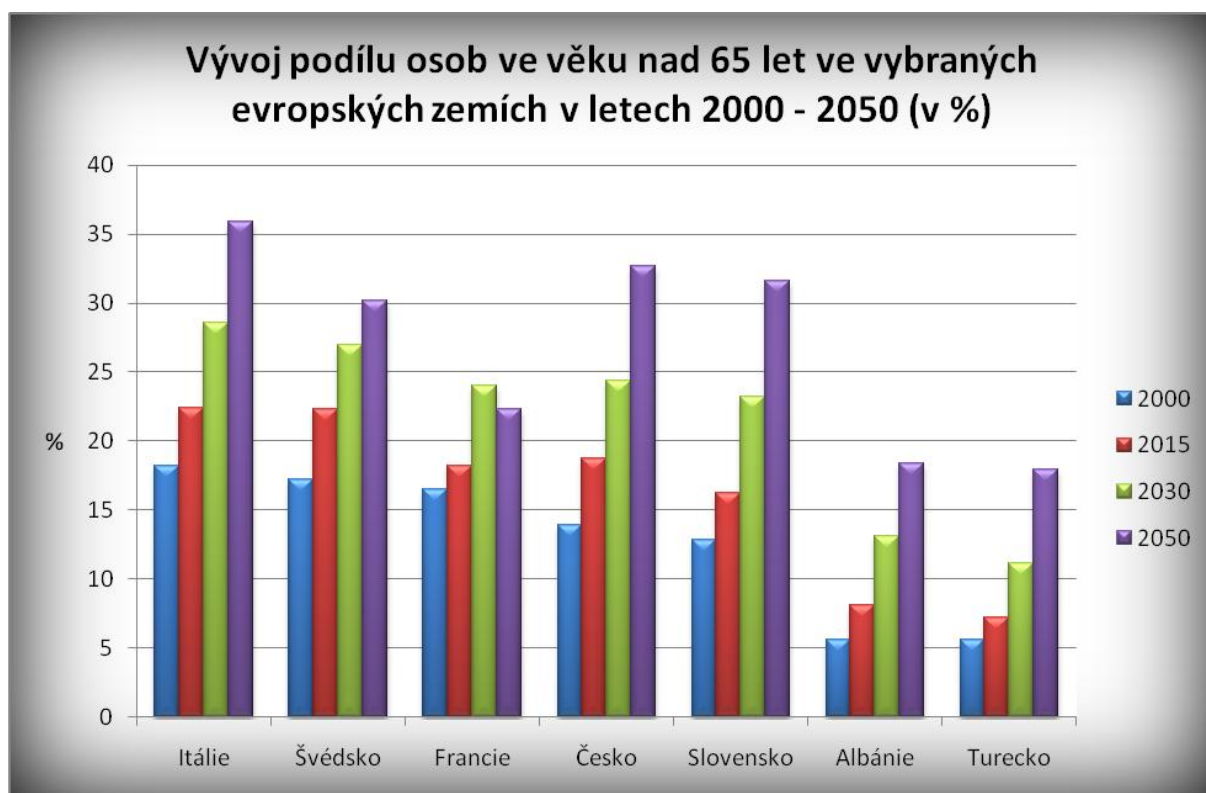
Sociální zabezpečení na Slovensku



Zdroj: <http://www.socpoist.sk>, vlastní zpracování

Příloha č. 4

Vývoj podílu osob ve věku nad 65 let



Zdroj: <http://www.demografie.info>, vlastní zpracování